

ARTIGOS ORIGINAIS

- Avaliação da resposta do carcinoma hepatocelular à quimioembolização através do explante
- Projeto Educativo sobre doação de órgãos em sala de aula

ARTIGOS DE REVISÃO

- Considerações da psicologia hospitalar sobre a entrevista familiar na doação de órgãos e tecidos
- Atuação do enfermeiro no processo de doação de Órgãos e Tecidos para transplante

Apoio:



JBT – Jornal Brasileiro de Transplantes

Jornal Oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos – ABTO
 Avenida Paulista, 2001 – 17º andar – cj. 1704/1707 – CEP 01311-300 – São Paulo – SP – Brasil
 Fone/Fax: (11) 3283-1753 / 3262-3353 / 3289-3169 – E-mail: abto@abto.org.br – www.abto.org.br

Periodicidade: trimestral

JBT – J Bras Transpl. São Paulo. V.15, n.4, p.1689-1714, out/dez 2012

Editor Chefe

Mário Abbud Filho – SP

Editores Assistentes

Ilka de Fátima Ferreira Boin – SP
 Nicolas Panajatopoulos – SP

Editores Adjuntos

Ben-Hur Ferraz Neto
 Henry de Holanda Campos
 José Osmar Medina Pestana
 Maria Cristina Ribeiro de Castro
 Valter Duro Garcia
 Walter Antonio Pereira

Conselho Editorial Nacional

Adriano Miziara Gonzalez – SP
 Alexandre Bakonyi Neto – SP
 André Ibrahim David – SP
 Bartira de Aguiar Roza – SP
 Cláudia Maria Costa de Oliveira – CE
 David Saitovitch – RS
 Elcio Hideo Sato – SP
 Érika Bevilaqua Rangel – SP
 Euler Pace Lasmar – MG
 Huda Noujaim – SP
 Irene Noronha – SP

João Eduardo Nicoluzzi – PR
 Jorge Milton Neumann – RS
 Karina Dal Sasso Mendes – SP
 Marcelo Moura Linhares – SP
 Marilda Mazzali – SP
 Niels Olsen Saraiva Camara – SP
 Paulo Celso Bosco Massarollo – SP
 Paulo Sérgio da Silva Santos – SP
 Rafael Fábio Maciel – PE
 Renato Ferreira da Silva – SP
 Roberto Ceratti Manfro – RS
 Tércio Genzini – SP

Conselho Editorial Internacional

Domingos Machado (Lisboa-Portugal)
Presidente

B. D. Kahan (Houston-USA)
 F. Delmonico (Boston-USA)
 G. Opelz (Heidelberg – Alemanha)
 H. Kreis (Paris-França)
 J. M. Dibernard (Lyon-França)
 J. Kupiec-Weglinski (Los Angeles-USA)
 J. P. Soulliou (Nantes-France)
 N. L. Tilney (Boston-USA)
 P.N.A Martins (Boston-USA)

*Representantes da Societé
 Francophone de Transplantation*
 D. Glotz (Paris-França)
 Y. Lebranchu (Tours-França)

*Representandes da Organización
 Catalana de Trasplantes*
 J. Lloveras (Barcelona-Espanha)
 M. Manyalich (Barcelona- Espanha)

Diretorias Anteriores

1987/1988 – Diretor Executivo – Jorge Kalil
 1987/1990 – Presidente do Conselho Deliberativo – Emil Sabbaga
 1989/1990 – Diretor Executivo – Ivo Nesralla
 1991/1992 – Diretor Executivo – Mário Abbud Filho
 1991/1992 – Presidente do Conselho Deliberativo – Silvano Raia
 1993/1994 – Diretor Executivo – Luiz Estevan Ianhez
 1995/1996 – Presidente – Elias David-Neto

1997/1998 – Presidente – Valter Duro Garcia
 1999/2001 – Presidente – Henry de Holanda Campos
 2002/2003 – Presidente – José Osmar Medina Pestana
 2004/2005 – Presidente – Walter Antonio Pereira
 2006/2007 – Presidente – Maria Cristina Ribeiro de Castro
 2008/2009 – Presidente – Valter Duro Garcia
 2010/2011 - Presidente - Ben-Hur Ferraz Neto

JBT – Jornal Brasileiro de Transplantes

Jornal Oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos – ABTO

Periódicidade: trimestral

JBT – J Bras Transpl. São Paulo. V.15, n.4, p.1689-1714, out/dez 2012

Diretoria (Biênio 2012 - 2013)

Presidente	José O. Medina Pestana
Vice-Presidente	Lucio Pacheco
Secretário	Marilda Mazzali
2º Secretário	Eliana Régia Barbosa de Almeida
Tesoureiro	Alfredo Inácio Fiorelli
2º Tesoureiro	Roberto Ceratti Manfro

Conselho Consultivo:	Valter Duro Garcia
	Ben-Hur Ferraz Neto
	Maria Cristina Ribeiro de Castro
	Elias David-Neto
	Henry de Holanda Campos
	Jorge Milton Neumann

Redação e Administração

Avenida Paulista, 2001 - 17º andar - cj. 1704/1707 - CEP 01311-300 - São Paulo - SP

Secretária

Sueli F. Benko

Sede

Associação Brasileira de Transplante de Órgãos

Avenida Paulista, 2001 - 17º andar - cj. 1704/1707 - CEP 01311-300 - São Paulo - SP

Fone/Fax: (11) 3283-1753 / 3262-3353 / 3289-3169 – E-mail: abto@abto.org.br – www.abto.org.br

Produção • Diagramação • Acabamento

Sueli F. Benko

Publicação Eletrônica constante do site oficial da ABTO - www.abto.org.br

O JBT - Jornal Brasileiro de Transplantes, ISSN 1678-3387, é um jornal oficial, de periodicidade trimestral, da ABTO - Associação Brasileira de Transplante de Órgãos.

Copyright 2004 by Associação Brasileira de Transplante de Órgãos

Todos os direitos em língua portuguesa são reservados à ABTO - Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, ou de partes do mesmo, sob quaisquer meios, sem autorização expressa desta associação.

SUMÁRIO

EDITORIAL	1693
------------------------	-------------

ARTIGOS ORIGINAIS

AVALIAÇÃO DA RESPOSTA DO CARCINOMA HEPATOCELULAR À QUIMIOEMBOLIZAÇÃO ATRAVÉS DO EXPLANTE	1694
---	-------------

Response to chemoembolization for hepatocellular carcinoma post liver transplantation: evaluation of the explant

Elaine Cristina Ataíde, Yuri Longatto Boteon; Amanda Pinter Carvalheiro da Silva;

Plínio Turine Neto; Ilka de Fatima Santana Ferreira Boin

PROJETO EDUCATIVO SOBRE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS EM SALA DE AULA	1698
<i>Educational project on organ donation in the classroom</i>	

Márcia Floro da Silva, Camila Rodrigues Alves Junqueira, Taiusa Tailana Santos Macário.

ARTIGOS DE REVISÃO

CONSIDERAÇÕES DA PSICOLOGIA HOSPITALAR SOBRE A ENTREVISTA FAMILIAR NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS	1703
---	-------------

Considerations on health psychology upon family interview for organ and tissue donation

Carla Bono Olenscki Coelho, Dnyelle Souza Silva

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE	1709
---	-------------

Nursing performance on the organ and tissue donation process for transplantation

Andréia Cristina Revolta Batista, Osvaldo Lourenço da Silva Júnior, Jocilene de Carvalho Miraveti Canova

NORMAS DE PUBLICAÇÃO	1713
-----------------------------------	-------------

EDITORIAL

O processo educacional é importante em qualquer área do conhecimento e, quando relacionado a situações ou circunstâncias que podem auxiliar a elucidar situações de dúvidas e conflitos, alcança seu clímax.

Dentre essas situações, temos perfilado nesta edição a apresentação de um projeto educativo sobre doação de órgãos em sala de aula, aplicado na cidade de Franca, em SP, para alunos de tenra idade, ainda no Ensino Fundamental, sendo que a maioria dos alunos demonstrou interesse pelo tema, tendo sido saudável abordar o assunto “morte”, falando sobre doação de órgãos, com as crianças, e concluído que trabalhar a doação em sala de aula foi um desafio para os professores, porém, possível de interpretação para as crianças, podendo funcionar como uma via formadora de opinião, conforme descreveram da Silva MF et al.

Ainda dentro do processo educativo, podemos ler sobre a atuação do profissional de enfermagem relatado por Batista ACR et al, em mais de 40 anos, ligados ao transplante de órgãos, com tarefas como planejar, executar, coordenar supervisionar e avaliar o processo de doação de órgãos. Os autores chamam a atenção para a necessidade de estudos científicos sobre essa

pauta tão importante para o crescimento do processo de doação.

Nessa mesma linha, temos destacado pelos autores Coelho CBO e Silva DS, a importância da aplicação da psicologia hospitalar sobre as entrevistas familiares na doação de órgãos e tecidos, focando a abordagem e o acolhimento familiar.

Outro ponto importante e não menos educacional é procurar minimizar danos e maximizar oportunidades na transplantação de órgãos, e isso pode ser observado no artigo de Boteon et al, mostrando resposta satisfatória quando se aplica a quimioembolização para se conseguir que o paciente volte ao critério de Milão e possa ser transplantado, pois, provavelmente, a biologia tumoral com boa resposta terapêutica possa ser responsável pela não ocorrência de recidiva tumoral e boa sobrevida, em trabalho reportado por um grupo universitário brasileiro.

Como podemos observar, o tema do processo educacional guia nossas ações para que tenhamos bons resultados na transplantação em nosso país e a produção intelectual de nossos profissionais de saúde deve ser estimulada, relatando dentro dos critérios científicos estabelecidos suas pesquisas e observações.

Ilka de Fátima Ferreira Boin

Editora Assistente do JBT

Professora Titular E Diretora da Unidade de Transplante Hepático da FCM - Unicamp

Membro do Departamento de Transplante de Fígado da ABTO

AVALIAÇÃO DA RESPOSTA DO CARCINOMA HEPATOCELULAR À QUIMIOEMBOLIZAÇÃO ATRAVÉS DO EXPLANTE

Response to chemoembolization for hepatocellular carcinoma post liver transplantation: evaluation of the explant

Yuri Longatto Boteon¹; Amanda Pinter Carvalheiro da Silva¹; Elaine Cristina Ataíde²; Plínio Turine Neto³; Ilka de Fatima Santana Ferreira Boin².

RESUMO

Introdução: O transplante hepático é empregado no tratamento do carcinoma hepatocelular em pacientes cirróticos que se enquadram nos Critérios de Milão com resultados adequados. A quimioembolização é utilizada como padrão ouro para downstaging em pacientes com lesões que se apresentam no momento do diagnóstico fora dos critérios para transplante de fígado. **Objetivo:** Nosso objetivo foi avaliar a resposta tumoral em pacientes submetidos a quimioembolização no pré-transplante hepático, através da análise do fígado explantado após a realização da intervenção cirúrgica. **Material e Método:** Foram avaliados 17 pacientes submetidos a transplante ortotópico de fígado entre junho de 2009 e dezembro de 2012 por carcinoma hepatocelular, que apresentaram tratamento prévio através da quimioembolização com lipiodol e doxorrubicina no Hospital das Clínicas da Unicamp. Foram excluídos pacientes com lesão infiltrativa ou com trombose de porta não tumoral. A resposta ao tratamento foi avaliada por tomografia computadorizada de abdome multislice. A média de realização do downstaging ao transplante foi de 3,38 meses. **Resultados:** A análise do fígado explantado demonstrou necrose tumoral menor que 25% em três pacientes, de 25-50% em dois pacientes, de 50-90% em três pacientes e maior que 90% em nove pacientes. A média de sobrevida foi de 75% em um ano, 64% em três anos e 47% em cinco anos. Não houve nenhuma recidiva nesse grupo estudado. O comprometimento microvascular à avaliação do explante nas lesões residuais foi visto em 17,64% dos casos. **Conclusão:** A quimioembolização é um procedimento utilizado em pacientes cirróticos com carcinoma hepatocelular para fins de downstaging e inclusão do paciente nos critérios para transplante ortotópico de fígado, apresentando resposta satisfatória com indução de necrose tumoral e sem evidência de recidiva em longo prazo após a realização do transplante.

Descritores: Carcinoma Hepatocelular; Quimioembolização Terapêutica; Transplante Hepático.

INTRODUÇÃO

O câncer de fígado é a sexta neoplasia mais comum em todo o mundo; é a terceira principal causa de mortalidade relacionada ao câncer e, na maioria dos países, o carcinoma hepatocelular (CHC) representa cerca de 70 a 85 % dos casos de câncer primário de fígado. É uma doença complexa, associada a muitos fatores de risco, sendo a cirrose pelo vírus da hepatite B responsável por 50 a 80 % dos casos de CHC em todo o mundo, ao passo que 10 a 25 % desses são resultado da infecção pelo vírus da hepatite C.¹

O tratamento *gold-standart* para pacientes com CHC associado à cirrose é o transplante ortotópico de fígado (TOF), uma vez que todos os locais potenciais de recorrência da doença no fígado remanescente são eliminados e a substituição hepática reestabelece a função hepática normal. Os critérios de Milão (um único tumor inferior ou igual a 5 cm ou até três tumores, cada um menor ou iguais a 3 cm) foram adotados pela United Network for Organ Sharing (UNOS), como critério ideal para orientar o transplante de fígado para o CHC. No entanto, pacientes que apresentam o diagnóstico de CHC inicialmente superior a T2 (lesão única, 2-5 cm; duas ou três lesões, todas de, no máximo, 3 cm) são geralmente excluídos para TOF

Instituições:

¹ Departamento de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP, Brasil

² Unidade de Transplante Hepático da Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP, Brasil

³ Departamento de Cirurgia Geral da Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP, Brasil.

Correspondência:

Dra. Elaine Cristina de Ataíde.
Rua Zerillo Pereira Lopes, 651/37, CEP 13087-757, Campinas/SP, Brasil.
Tel/Fax.: (55) 19 3289-1577
Email: elaineataide@gmail.com

Recebido em: 10/12/2012

Aceito em: 11/01/2013

cadavérico, especialmente pelas orientações atuais para lista de prioridades sobre o MELD.²

Os tratamentos disponíveis para esses pacientes com doença em estágio avançado não elegíveis para TOF como situação especial são quimioembolização transarterial (TACE, do inglês Transcatheter arterial chemoembolization) e ablação tumoral por radiofrequência ou com etanol, mas seus resultados são altamente variáveis em pacientes com CHC. A quimioembolização induz obstrução arterial aguda, o que leva a uma necrose isquêmica do tumor e por isso tem sido usada como uma terapia neoadjuvante, seguida por TOF naqueles pacientes cujos tumores responderam a essa terapia e, consequentemente, enquadraram-se nos critérios de Milão para transplante.³

No entanto, a eficácia dessas terapias em downstaging tumoral ainda não é bem estabelecida, portanto, não tão bem aceitas. O objetivo principal deste estudo foi avaliar a resposta tumoral em pacientes submetidos à TACE no pré-transplante hepático, através da análise do fígado explantado.

MATERIAL E MÉTODO

Foram submetidos a TOF entre junho de 2009 e dezembro de 2012, por CHC, em nossa instituição, 61 pacientes. Desses, 17 apresentaram tratamento prévio através da quimioembolização com lipiodol e doxorubicina, seja para downstaging tumoral ou para evitar o “dropout” da fila de espera. Todos os pacientes realizaram tomografia computadorizada de abdome para controle do tratamento, após quatro a seis semanas do procedimento; caso preencham os critérios de Milão, são incluídos em lista de espera para transplante hepático. Todos os pacientes foram submetidos ainda à tomografia multislice de tórax e cintilografia óssea para excluir lesões metastáticas. Os critérios de exclusão para o TOF foram: lesão com infiltração vascular, progressão do tumor a despeito da quimioembolização saindo dos critérios de Milão. Foram analisadas variáveis sócio demográficas como etiologia, idade, sexo, nível alfa-fetoproteína, MELD real na ocasião do transplante, tempo após inclusão em lista até a realização do transplante e invasão microvascular. Foi realizada a análise histopatológica do fígado explantado para avaliação da resposta à quimioembolização, avaliando o grau de necrose tumoral. Conforme o grau de necrose, os pacientes foram divididos em grupos: menor que 25%, 25-50%, 50-90% e maior que 90%. Foi analisada a média de sobrevida desses pacientes em um ano, três anos e cinco anos.

RESULTADOS

Entre os 61 pacientes submetidos a TOF em nossa instituição no período estudado como situação especial devido à presença de carcinoma hepatocelular, 17 foram submetidos à TACE com lipiodol e doxorubicina. Desse grupo, em três pacientes a indicação do procedimento foi o downstaging tumoral e nos demais para prevenção do dropout da fila de transplante. Os dados sócio-demográficos são apresentados na Tabela 1. Em nossa amostra, treze pacientes eram do sexo masculino e quatro, do feminino; a idade média na

ocasião da inclusão em lista para transplante hepático foi 56 anos, variando de 38 a 70 anos. Os níveis séricos de alfa-fetoproteína antes do procedimento oscilaram de 2,37ng/ml a 932,10ng/ml, com uma média de 187ng/ml. Quando isolados, os três pacientes do grupo com indicação de downstaging tumoral, a média foi 515,25ng/ml. A média do MELD real foi de 12, variando de 20 a 9.

Tabela 1: Variáveis sócio-demográficas

Gênero (masculino/ feminino)	13 / 4
Idade média	56 anos
Média alfa-fetoproteína	187 ng/ml
MELD real (média)	12,85
Tempo após inclusão em lista ao transplante	3,38 meses
Invasão microvascular	3 / 18
Etiologia	
VHC	12
VHB	3
Outros	2

O tempo médio de espera em fila da inclusão ao transplante hepático foi 7,5 meses e oscilou de um a nove meses. Invasão microvascular da lesão esteve presente em três dos 17 pacientes (17,64%). Em relação à etiologia da hepatopatia, 66,6% dos pacientes eram portadores do hepatite pelo vírus C, 22,22% de hepatite pelo vírus B e 11,11% de outras etiologias, como álcool e criptogênica.

A análise histopatológica do fígado explantado demonstrou necrose tumoral menor que 25% em três casos (17,64%), de 25-50% em dois (11,76%), de 50-90% em três (17,64%) e maior que 90% em nove pacientes (52,94%) (Tabela 2). A média de sobrevida foi de 75% em um ano, 64% em três anos e 47% em cinco anos. Não houve nenhuma recidiva nesse grupo estudado. O comprometimento microvascular à avaliação do explante nas lesões residuais foi visto em 17,64% dos casos (Tabela 3).

O intervalo médio da realização do procedimento ao transplante foi de 3,38 meses.

Tabela 2: Grau de necrose tumoral após a quimioembolização

< 25%	3 (17,64)
25 - 50%	2 (11,76%)
50 - 90%	3 (17,64%)
> 90 %	9 (52,94%)

Tabela 3: Avaliação tumoral pré-quimioembolização e do fígado explantado

Características do tumor	Pré-quimioembolização	Fígado explantado
Número de tumores		
Máximo / Mínimo	04 / 01	05 / 01
Média	1,33	2
Diâmetro do maior tumor (em centímetros)		
Máximo / Mínimo	4,8 / 1,91	5,4 / 1,8
Média	3,18	2,78

DISCUSSÃO

A quimioembolização é a infusão intra-arterial do agente quimioterápico no ramo da artéria hepática nutridor do tumor combinada com a embolização desse suprimento vascular. É utilizada no tratamento do CHC como uma opção curativa para nódulos de pequeno tamanho (em torno de 3 cm ou menor), como uma ponte para o transplante hepático em lesões que se enquadrem nos Critérios de Milão, servindo para retardar a progressão tumoral e aumentando o tempo de permanência em lista, visto que é relatada na literatura taxas de dropout de pacientes em fila de até 20%,⁴ ou para downstaging tumoral para lesões que estavam fora dos critérios, trazendo de volta ao estágio T2 da Classificação da American Liver Tumor Study Group Modified Tumor-Node-Metastasis Staging Classification (ALTSG). Em casos avançados, pode servir para interrupção da progressão da doença. Suas contraindicações absolutas são a encefalopatia hepática e uma bilirrubina total maior que 3 mg/dl.

Aproximadamente 15% dos pacientes portadores de CHC podem ser submetidos à ressecção cirúrgica, porém alguns tumores de pequeno tamanho não são operáveis, pelo grau de acometimento do parênquima hepático pela cirrose, sendo a opção de tratamento o transplante hepático. Os melhores resultados do transplante são alcançados em tumores até o estágio T2, onde há consenso para sua indicação.^{4,5}

Em nosso estudo, 29,5% dos pacientes submetidos a TOF como situação especial pelo CHC foram submetidos a TACE com doxorubicina. Desse grupo, a indicação do procedimento em 17,64% (três casos) foi downstaging tumoral e os demais para prevenção do dropout da fila de transplante. Seu uso como terapia locoregional evitando a progressão tumoral para pacientes listados tem sido aceito, porém sem aceitação uniforme de um benefício oncológico.⁵

Em nosso estudo, a análise histopatológica do fígado explantado demonstrou necrose tumoral menor que 25% em três pacientes (17,64%), de 25-50% em dois (11,76%), de 50-90% em três (17,64%) e maior que 90% em nove pacientes (52,94%). Outro estudo que fez avaliação histológica semelhante demonstrou decréscimo do tamanho da lesão de 30% em 35,5% dos pacientes, aumento do tamanho da lesão em até 20%, em 35,5%, e uma resposta no grupo intermediário entre esses eventos de 29% com doença estável.⁴ Este estudo relata ainda que 23% dos pacientes com tumores em estágio III/ IV apresentaram downstaging para o estágio TII após o procedimento, tornando-se candidatos ao transplante de fígado.⁴

Encontramos média de sobrevida de 75% em um ano, 64% em três anos e de 47% em cinco anos, que é similar à sobrevida dos nossos pacientes submetidos a TOF por hepatopatia crônica. A literatura apresenta dados de sobrevida semelhantes nesses grupos em outros serviços.^{4,5} Invasão microvascular da lesão esteve presente em três dos 17 pacientes (17,64%), demonstrando maior agressividade tumoral e maior risco de recidiva da doença, entretanto no período de seguimento não foi observado nenhum evento.

CONCLUSÃO

A quimioembolização transarterial é um procedimento utilizado em pacientes cirróticos com carcinoma hepatocelular para fins de downstaging tumoral e inclusão do paciente nos critérios de Milão o para transplante ortotópico de fígado, bem como para evitar a progressão tumoral e a saída da lista de espera, apresentando resposta satisfatória com indução de necrose tumoral e sem evidência de recidiva em longo prazo após a realização do transplante.

ABSTRACT

Introduction: Liver transplantation is used in the treatment of hepatocellular carcinoma in cirrhotic patients who meet the Milan criteria with appropriate results. The chemoembolization is used as gold standard for downstaging in patients who present with lesions at diagnosis outside the criteria for liver transplantation. **Purpose:** Our objective was to evaluate the tumor response in patients undergoing chemoembolization in the pre-liver transplantation by analysis of explanted liver after realization. **Methods:** We evaluated 17 patients who underwent orthotopic liver transplantation between June 2009 and December 2012 by hepatocellular carcinoma who had prior treatment by chemoembolization with doxorubicin at the Hospital of Unicamp. Patients with infiltrative lesion, hypovascular or not tumor portal vein thrombosis were excluded. Response to treatment was evaluated by multislice computed tomography. The average realization of downstaging transplantation was 3,38 months. **Results:** Analysis of explanted liver tumor necrosis showed less than 25% in 3 patients, 25-50% in 2 patients, 50-90% 3 patients and more than 90% in 9 patients. The average survival was 75% at one year, 64% at 3 years and 47% at 5 years. There was no recurrence in the study group. The microvascular impairment in the evaluation of residual lesions on the explanted liver was seen in 17.64% of cases. **Conclusion:** chemoembolization is a procedure used in cirrhotic patients with hepatocellular carcinoma for purposes of downstaging and to meet the Milan criteria for orthotopic liver transplantation presented satisfactory response inducing tumor necrosis and no evidence of recurrence in the long term after transplantation.

Keywords: Carcinoma, Hepatocellular; Chemoembolization, Therapeutic; Liver Transplantation.

REFERÊNCIAS:

- 1- Venook AP, Papandreou C, Furuse J, de Guevara LL. The incidence and epidemiology of hepatocellular carcinoma: a global and regional perspective. *Oncologist*. 2010;15 Suppl 4:5-13.
- 2- Chapman WC, Majella Doyle MB, Stuart JE, Vachharajani N, Crippin JS, Anderson CD, et al. Outcomes of Neoadjuvant Transarterial Chemoembolization to Downstage Hepatocellular Carcinoma Before Liver Transplantation. *Ann Surg*. 2008;248:617-25;
- 3- Yao FY, Hirose R, LaBerge JM, Davern TJ, Bass NM, Kerlan, Jr RK, et al. A Prospective Study on Downstaging of Hepatocellular Carcinoma prior to Liver Transplantation. *Liver Transpl*. 2005;11:1505-14.
- 4- Graziadei IW, Sandmueller H, Waldenberger P, Koenigsrainer A, Nachbaur K, Jaschke W, et al. Chemoembolization followed by liver transplantation for hepatocellular carcinoma impedes tumor progression while on the waiting list and leads to excellent outcome. *Liver Transpl*. 2003 Jun;9(6):557-63.
- 5- Mazzaferro V, Regalia E, Doci R, Andreola S, Pulvirenti A, Bozzetti, F, et al. Liver transplantation for the treatment of small hepatocellular carcinomas in patients with cirrhosis. *N Engl J Med*. 1996;334:693-99.

PROJETO EDUCATIVO SOBRE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS EM SALA DE AULA

Educational Project on Organ donation in the classroom

Márcia Floro da Silva, Camila Rodrigues Alves Junqueira, Taiusa Tailana Santos Macário

RESUMO

Diversas pessoas aguardam pelo transplante de órgãos, que para ser realizado, é necessário o consentimento familiar. No intuito de sensibilizar e contribuir para a formação de opinião sobre a doação de órgãos, a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) e o Setor de Relacionamento com a Comunidade da Santa Casa de Franca/SP desenvolveram dois projetos sobre doação de órgãos para as crianças das Escolas Municipais de Educação Infantil de Franca e do Ensino Fundamental, nos anos de 2011 e 2012, respectivamente. **Objetivo:** Este trabalho teve como objetivo geral apreender o resultado do desenvolvimento de projetos educativos sobre doação de órgãos com crianças sob a perspectiva dos profissionais da educação, com base nos projetos supracitados, e como objetivos específicos, analisar o roteiro de avaliação do projeto preenchido pelos professores que o executaram em sala de aula e identificar dificuldades e/ou facilidades apresentadas na avaliação. **Métodos:** A pesquisa levantou dados sobre o resultado dos projetos supracitados e realizou a análise e categorização das avaliações feitas pelos professores, sob a perspectiva de compreender a relevância de trabalhar a doação de órgãos desde a tenra idade. **Resultados:** Verificou-se que a maioria dos alunos demonstrou interesse pelo tema; os professores que trabalharam no tema com crianças até seis anos tiveram maior dificuldade do que os que trabalharam com crianças de 10 a 11, do sexto ano do Ensino Médio, e com familiares das crianças de até seis anos, demonstraram menos envolvimento nas atividades que os familiares das crianças de 10 a 11 anos; verificou-se também que é saudável falar sobre a morte com crianças, pois somente conversando sobre esse assunto é possível falar sobre doação de órgãos. **Conclusão:** Verificou-se que trabalhar a doação de órgãos em sala de aula pode ser um desafio para os professores, porém, possível de interpretação para as crianças, e concluiu-se que esse tema trabalhado com alunos em sala de aula é entendido pelos autores como uma das vias formadoras de opinião a esse respeito.

Descritores: Doadores de órgãos; Educação; Família.

Instituição:

Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes da Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca, SP, Brasil.

Correspondência:

Marcia Floro da Silva
R. São Tomaz de Aquino 988, CEP 14405-012 - Franca/SP - Brasil
Tel.: (16) 98804-4345
E-mail: marciafloro@gmail.com

INTRODUÇÃO

A doação de órgãos e tecidos é entendida por muitos como um ato de solidariedade e amor ao próximo, por beneficiar a qualidade de vida de pessoas doentes que aguardam por um transplante. No entanto, ela só se efetiva mediante o consentimento familiar, ao permitir a retirada dos órgãos e tecidos para fins de transplantes, conforme determina a legislação brasileira vigente.

O jornal Folha de São Paulo do dia vinte e um de abril de dois mil e doze publicou uma matéria registrando que quase 50% das famílias vetam a doação de órgãos no Brasil. Essa matéria informa que, em pesquisa feita pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) registrou-se que “Quase metade das famílias consultadas em 2012 não autorizou a doação de órgãos de parentes. Dados da ABTO apontam que das 1.915 famílias questionadas por equipes médicas, 929 – ou 48,5% – não autorizaram a doação”.¹ Em contrapartida, a ABTO informou que até junho de 2012, o número de pacientes ativos aguardando pelo transplante na lista de espera era de 30.547.²

Recebido em: 05/10/2012

Aceito em: 15/10/2012

Com base na legislação atual, para se tornar um doador de órgãos e tecidos, é preciso que a pessoa comunique em vida sua decisão aos familiares, pois cabe à família assinar a autorização para a retirada dos órgãos e tecidos no momento do falecimento.³ Torna-se importante enfatizar que essa atitude acontece num momento de dor diante da perda de um familiar e decidir sobre doação de órgãos e tecidos tem sido complicado para algumas famílias que desconhecem a opinião do falecido a esse respeito.

No intuito de desenvolver um trabalho educativo para contribuir com a formação de opinião da população francana em relação à doação de órgãos e tecidos, a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) e o Setor de Relacionamento com Comunidade da Santa Casa de Franca desenvolveram dois projetos em parceria com a área de educação do município e do estado. Experiências nesse sentido encontram-se no site da Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos (ADOTE), como uma maneira de incentivar práticas educativas em prol da formação de opinião da população.⁴

Em 2011, o projeto “Doação de Órgãos: as crianças como multiplicadores” foi realizado em parceria com a Secretaria Municipal de Educação, voltado inicialmente para crianças da educação infantil e do quarto ano de ensino fundamental. Posteriormente, em discussão sobre sua viabilidade, foi acordado entre a Coordenadora da Educação infantil e CIHDOTT que diante do período de desenvolvimento deste, coube sua aplicação às crianças da Educação Infantil com idade de quatro a seis anos. O objetivo do projeto foi despertar a atenção dos alunos e/ou familiares sobre a doação de órgãos e tecidos para transplantes, de forma a propiciar momento de reflexão que contribua com a formação de opinião sobre a doação de órgãos. A metodologia proposta foi a de que os professores, após o conhecimento do conteúdo, trabalhassem em sala de aula com as crianças, de forma a envolver os pais nas atividades. Seis escolas com vinte e dois professores participaram do projeto em que foram premiados com bicicletas os dois melhores trabalhos.

Em 2012, treze escolas estaduais com quinze professores, desenvolveram o projeto “Doação de Órgãos em Sala de Aula”, realizado em parceria com a Diretoria de Ensino – Região de Franca/SP, voltado para crianças do 6º ano do Ensino Fundamental. O objetivo desse projeto seguiu nos moldes do projeto do ano anterior. Em relação à metodologia aplicada nesse ano, foram produzidos apenas desenhos em sala de aula relacionados ao tema do projeto e os dois melhores foram premiados com bicicletas.

MÉTODOS

Para essa pesquisa, os sujeitos foram os professores das escolas municipais que durante o ano de 2011, executaram e avaliaram o projeto educativo sobre doação de órgãos em sala de aula, e também, os professores das escolas estaduais que desenvolveram e avaliaram o projeto no ano de 2012.

Para a coleta de dados, foi utilizado como instrumental o roteiro de avaliação do projeto preenchido pelos professores ao término das atividades em sala de aula. Esse roteiro foi

elaborado com perguntas abertas, que analisaram a reação das crianças e os sentimentos dos professores ao trabalharem com a temática e também o envolvimento da família no desenvolvimento das atividades, além da coleta de opinião dos professores em relação à idade ideal para se trabalhar essa temática.

Procuramos direcionar nosso estudo como resposta à indagação que centralizou nosso objeto de trabalho: - “Doação de órgãos em sala de aula é uma via formadora de opinião?”

O projeto de pesquisa para a construção deste artigo foi submetido à apreciação ética pela Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação Civil Santa Casa de Misericórdia de Franca. Os sujeitos foram consultados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sobre a permissão de utilização da sua ficha de avaliação do projeto, onde relataram a vivência e percepção de seu desenvolvimento em sala de aula, com o intuito de elaborar um artigo a ser publicado em revista eletrônica. Foram informados que a sua participação deveria ser espontânea, sem desconfortos, riscos e benefícios, e não gerará gastos financeiros aos participantes. Aqueles que não acordaram com a participação neste estudo tiveram suas fichas de avaliação separadas e excluídas, em respeito ético pela atitude demonstrada.

Todo o conjunto dos roteiros foi trabalhado, passando por uma ordenação e categorização, na tentativa de estabelecer uma compreensão do sentido das palavras e o desvendamento da lógica interna que as estruturas de relevância dos sujeitos indicaram.

Será processada a análise contextual, buscando entender as determinantes da especificidade histórica e de diferenciações internas dos sujeitos participantes.

RESULTADOS

Dos vinte e dois roteiros de avaliação do projeto desenvolvido nas Escolas Municipais, esta pesquisa trabalhou quinze avaliações de professores que assinaram o TCLE. Em relação às escolas estaduais, dos dezesseis roteiros de avaliação do projeto, oito professores consentiram por meio da TCLE a participação na pesquisa.

Os resultados foram apresentados por tabelas que podem ser visualizadas abaixo, apresentando os resultados respectivos em relação à categoria de análise.

Tabela 1 - Resposta dos professores elaborada na avaliação dos projetos realizados nas escolas municipais (2011) e escolas estaduais (2012) em relação à pergunta: “Qual foi a reação das crianças ao receber essas informações?”

Categorias de Análise	Quantidade 2011	%	Quantidade 2012	%
Interesse	11	73,3	06	75
Surpresa	03	20	02	25
Medo	01	6,7		
Total	15	100	08	100

% percentual da amostra em relação ao total

Verifica-se que na **tabela 1**, as crianças das escolas municipais apresentaram reação de interesse, perfazendo a quantidade de 11 alunos (73,3%) e das escolas estaduais foram obtidos seis alunos (75%) com interesse pela atividade. A categoria interesse foi representada pelos professores com as reações de curiosidade, receptividade, interação e boa aceitação em participar dos trabalhos na sala de aula. No entanto, verifica-se também, que 20% dos alunos das escolas municipais demonstraram reação de surpresa e desconhecimento em relação à doação de órgãos, enquanto que 25% de alunos das escolas estaduais apresentaram a mesma reação. Com menor índice percentual (6,7%), um aluno das escolas municipais demonstrou reação de medo em relação ao tema.

Tabela 2 - Resposta dos professores elaborada na avaliação dos projetos realizados nas escolas municipais (2011) e escolas estaduais (2012) em relação à pergunta: "Como você, professor, se sentiu ao trabalhar esta temática com as crianças?"

Categorias de Análise	Quantidade 2011	%	Quantidade 2012	%
Com dificuldade	08	53,3	01	12,5
Muito bem	07	46,7	07	87,5
Total	15	100,0	08	100,0

% percentual da amostra em relação ao total.

Em grande parte da amostra da **tabela 2** em relação ao ano de 2011, 53,3%, concentraram-se na categoria com dificuldade, pois relatou sentir dificuldade inicial em trabalhar com o tema em sala de aula e demonstrou ter cuidado ao abordar o tema morte. A minoria, 46,7%, avaliou que se sentiu muito bem trabalhando sobre a morte e não teve dificuldade, mas, foi cuidadosa ao introduzir o tema para os alunos de tão tenra idade. Observa-se que, no ano de 2012, ao contrário do ano de 2011, a maioria 87,5% dos professores não apresentou dificuldade em trabalhar a doação de órgãos em sala de aula. O restante da amostra fez um percentual de 12,5%, em que um professor da escola estadual sentiu-se com dificuldade, necessitando de ajuda para trabalhar o tema.

Tabela 3 - Resposta dos professores elaborada na avaliação dos projetos realizados nas escolas municipais (2011) e escolas estaduais (2012) em relação à pergunta: "Houve interesse dos familiares e/ou envolvimento com a temática desenvolvida em sala de aula?"

Categorias de Análise	Quantidade 2011	%	Quantidade 2012	%
Sim	07	46,6	06	75
Não	08	53,3	02	25
Total	15	100,0	08	100,0

Na **tabela 3**, observa-se que 46,6% dos professores das escolas municipais relataram que houve envolvimento da família nas atividades desenvolvidas em sala de aula; em contrapartida, nas escolas estaduais o envolvimento familiar foi de 75%. Em relação à falta de envolvimento da família, 53,3% fez o percentual das escolas municipais e, das escolas estaduais, foi de 25%.

Tabela 4 - Resposta dos professores elaborada na avaliação dos projetos realizados nas escolas municipais (2011) e escolas estaduais (2012) em relação à pergunta: "Em sua opinião, qual seria a idade ideal para trabalhar esta temática?"

Categorias de Análise	Quantidade 2011	%	Quantidade 2012	%
04 a 06 anos	04	26,7	01	12,5
07 a 10 anos	07	46,7	01	12,5
11 a 14 anos	01	6,6	05	62,5
Todas as idades	03	20	01	12,5

Verifica-se na **tabela 4**, que a opinião dos professores em relação à idade ideal para se trabalhar sobre doação de órgãos foi diversificada. Nas escolas municipais, quatro professores relataram que a idade ideal seria de quatro a seis anos (26,7%); sete professores, de sete a dez anos (46,7%); um professor, de onze a catorze anos (6,6%) e três, de todas as idades (20%). Já nas escolas estaduais, apenas um professor considerou as idades de quatro a seis anos como ideal (12,5%); um professor, de sete a dez anos (12,5%); cinco professores, de 11 a 14 anos (62,5%) e um relatou todas as idades (12,5%).

DISCUSSÃO

Analisando o material literário referente ao tema morte, percebe-se que, antes dos cinco anos de idade, as crianças sofrem o impacto da morte, mas não compreendem a irreversibilidade desta, supondo que a pessoa falecida pode voltar. Entre os cinco e seis anos de idade, a noção de irreversibilidade da morte começa a se instalar, assim como a consciência de que ela não pode ser evitada, mas, a criança ainda não possui a noção de universalidade, ou seja, de que a morte é um evento que acontece a todos.⁵ Somente após os dez anos de idade a criança compreende completamente a morte, lidando com ela de forma mais elaborada. Portanto, a amostra compreende 73,3% dos alunos das escolas municipais e 75% dos alunos das escolas estaduais que demonstraram interesse. Referente à categoria surpresa, que representou 20% dos alunos das escolas municipais e 25% das escolas estaduais, entende-se que essa reação deu-se pelo desconhecimento do tema, conforme pontuado pelos professores.

Neste momento, é importante que se permita às crianças expressarem suas fantasias, temores e culpas relacionadas à morte. Através dessa comunicação, a criança pode compreender e elaborar questões difíceis de serem compreendidas, como a irreversibilidade e a universalidade da morte.

Na terceira categoria da **tabela** foi destacada uma criança que demonstrou medo ao trabalhar em sala de aula a doação de órgãos, perfazendo 6,7% do total da amostra. Entende-se que falar sobre doação de órgãos, geralmente, implica em falar sobre a morte, em pensar sobre a própria terminalidade. Pensar na morte é algo que gera medo no ser humano, pois o medo de morrer é universal, é um sentimento que atinge toda a espécie humana. É saudável falar sobre a morte com crianças, pois diante de uma perda, elas percebem que alguma coisa grave aconteceu. É natural que façam perguntas, as quais devem ser respondidas sem mentiras, em um nível de compreensão de

acordo com sua faixa etária. E somente falando sobre a morte é possível falar sobre doação de órgãos.

Em relação à **tabela 2**, na categoria de análise em que os professores das escolas municipais demonstraram dificuldade, esta foi interpretada por eles como um tema polêmico, desafiador que precisa vencer a barreira inicial devido à idade, porém relataram que tudo transcorreu com tranquilidade, apesar da falta de material pedagógico próprio para a idade.

O tema morte é um tabu na cultura ocidental. A partir do século XX, a morte deixou de ser vista como um fenômeno natural como era na época medieval, e passou a ser considerada como fracasso ou impotência. Então, o homem passou a enfrentá-la por meio dos avanços tecnológicos; como exemplo disso, é possível ver a evolução da Medicina e a utilização da medicalização com o intuito de manter a doença e a morte distantes. Outro fenômeno que evidencia a tentativa de esconder a morte é a transferência do local onde ela ocorre. Antes do século XX, as pessoas morriam em seus domicílios, rodeadas por seus familiares e, atualmente, as pessoas morrem nos hospitais, em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), tendo a companhia de profissionais e máquinas. Ao invés de ser um evento público que faz parte da vida, a morte passou a ser solitária e perturbadora.^{6,7}

Diante do exposto acima, entende-se a dificuldade em trabalhar com o tema morte e, quando a atividade está voltada para crianças menores de dez anos que não possuem compreensão elaborada e amadurecida, torna-se ainda mais difícil para o professor. No entanto, percebe-se que a dificuldade foi inicial, ou seja, na abordagem do assunto, sendo necessário realizar um planejamento com objetivos e atividades conforme a idade.

Diferentemente para o público com idade acima de dez anos, percebe-se que os professores sentiram-se muito bem. Considerando que a maioria dos alunos teve uma reação de receptividade, analisa-se que essa foi uma das causas para que

os professores sentissem-se a vontade em abordar o assunto, além de considerá-lo como relevante, socialmente.

Em relação à **tabela 3**, que apresenta os resultados do envolvimento familiar, analisou-se que a proposta do projeto foi sensibilizar alunos, professores e familiares sobre o tema doação de órgãos, porém as atividades solicitadas em sala de aula não exigiam a participação familiar. Mesmo as atividades não tendo sido direcionadas para os pais, em média, 60,8% dos professores das escolas municipais e estaduais relataram que esses envolveram-se indiretamente.

Analisando a **tabela 4**, percebe-se que, tanto para professores quanto para profissionais da saúde, trabalhar a questão morte é um desafio, por ser um tabu na cultura ocidental. As respostas sobre a idade ideal foram diversificadas, demonstrando que cada professor deu a sua opinião baseado na sua habilidade para o desempenho do trabalho e de acordo com as representações que possui. Como análise anterior, somente após os dez anos de idade a criança compreende completamente a morte; no entanto, pode-se trabalhar o tema em todas as idades, observando-se a compreensão dos alunos conforme a faixa etária e o alcance de objetivos específicos para cada idade.

CONCLUSÃO

Trabalhar a doação de órgãos em sala de aula pode ser um desafio para os professores, porém possível de interpretação para as crianças. Projetos como este devem ser desenvolvidos no âmbito da comunidade, independentemente da idade, por contribuir para a formação de opinião, além de, facilitar a multiplicação e disseminação do assunto para familiares e outras pessoas de sua convivência social. Respondendo à indagação central do objeto deste estudo, a doação de órgãos trabalhada com alunos em sala de aula é entendida pelos autores como uma das vias formadoras de opinião a respeito da doação de órgãos.

ABSTRACT

Several people are waiting for organ transplants, and for, it is required the family consent. In order to increase the awareness and to contribute for opinion formation about organ donation, the Intra-Hospital Commission for Organ and Tissue Donation for Transplantation (CIHDOIT) and the Department of Community Relations, Santa Casa de Franca/SP developed two projects on organ donation for children in the public Elementary School of Franca along the years of 2011 and 2012, respectively. **Purpose:** The main purpose of this study was to apprehend the result of the development of educational programs about organ donation with children, from the perspective of educational professionals based on the above projects, and having as specific objectives the project assessment script fulfilled by teachers who performed it in the classroom and to identify difficulties and/or easiness presented in the review. **Methods:** The survey gathered data on the outcome of the above projects and conducted an analysis and categorization of ratings made by teachers from the perspective of understanding the relevance of working the organ donation from an early age. **Results:** It was found that most students showed interest in the topic; teachers who worked with the theme of children up to 06 years had greater difficulty than those who worked with 10 to 11 children of the sixth year of high school, and family children up to six years showed less involvement in activities than 10-11 years children families, it was found also that it is healthy to talk about death with children since only talking about it, it is possible to speak about organ donation. **Conclusion:** It was found that working organ donation in the classroom can be challenging for teachers; however, the interpretation is possible for the kids, and it was concluded that working such theme with students in the classroom is perceived by authors as a way to forming opinion about this matter.

Keywords: Tissue donors; Education; Family

REFERÊNCIAS:

1. Bandeira L. Quase 50% das famílias vetam doação de órgãos. Folha de São Paulo. 21 abr. 2012; Ribeirão: C5 (col.1)
2. ABTO, Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos [Online]. Número de pacientes ativos em Lista de Espera – Dados de setembro de 2012 [figura]. São Paulo - [acesso em 02 out. 2012]; pag 18. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/mensagemRestrita.aspx?idCategoria=2>.
3. BRASIL. Lei nº10.211, de 23 de março de 2001. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. [Online]. Brasília. 23 mar. 2001 - [Acesso em: 31 ago. 2012]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10211.htm.
4. ADOTE, Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos [Online]. Ações de educação e conscientização da sociedade desenvolvida pela adote. São José dos Campos/SP - [acesso em 03 set. 2008]. Disponível em: http://www.adote.org.br/oque_doacao.htm.
5. Vendruscolo J. Visão da criança sobre a morte. Medicina (Ribeirão Preto) 2005;38(1):26-33.
6. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. 2.ed. São Paulo: Casa do psicólogo; 1992.
7. Kovács MJ. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. 2.ed. São Paulo: Casa do psicólogo; 2003.

CONSIDERAÇÕES DA PSICOLOGIA HOSPITALAR SOBRE A ENTREVISTA FAMILIAR NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Considerations on health psychology upon family interview for organ and tissue donation

Carla Bono Olenscki Coelho¹, Dnyelle Souza Silva²

RESUMO

Apesar da legislação e das equipes de captação e doação de órgãos serem compostas por multiprofissionais, o papel do psicólogo dentro dessas equipes não tem sido relatado na literatura. **Objetivo:** levantar através de uma pesquisa bibliográfica os aspectos psicológicos presentes no contexto da doação de órgãos e de que forma o psicólogo pode atuar no processo da abordagem familiar. **Métodos:** o presente estudo trata de uma pesquisa de investigação do acervo bibliográfico no período de 1997 a 2012, a partir dos descritores: doação e captação de órgãos e tecidos, psicologia hospitalar, bioética, morte, luto e unidade de terapia intensiva. Os estudos encontrados foram categorizados em três subitens: psicologia hospitalar, processo de doação de órgãos e aspectos psicológicos envolvidos na doação que repercutem na abordagem familiar. **Conclusão:** A psicologia hospitalar tem no seu percurso teórico e prático amplas condições de oferecer suporte ao psicólogo que visa sua inserção nos serviços de captação e doação de órgãos, principalmente, quando sua atuação estiver focada no acolhimento e abordagem familiar, e nos aspectos subjetivos do processo.

Descritores: Psicologia em Saúde; Obtenção de Tecidos e Órgãos; Entrevista; Bioética; Morte Encefálica; Morte; Unidades de Terapia Intensiva

INTRODUÇÃO

De acordo com Simonetti, a Psicologia Hospitalar tem como campo a leitura da subjetividade dentro dos hospitais gerais e de especialidades. Em outras palavras, enfatiza que toda doença e toda hospitalização apresentam aspectos psicológicos tanto no paciente quanto nas famílias e equipes de saúde.¹

Para que haja a doação, faz-se necessária a abordagem da família, cujo objetivo é o oferecimento da oportunidade de doar os órgãos e tecidos do ente falecido, momento em que a família encontra-se em extremo sofrimento psíquico.²

A intervenção do psicólogo em momentos de crise é de grande valia para que a família enlutada possa vivenciar esse momento da forma mais saudável psiquicamente. O psicólogo dentro do hospital posiciona-se como membro de ligação da tríade paciente, família e equipe, sendo o interlocutor das necessidades e desejos do paciente e seus familiares, propiciando melhoria na qualidade do atendimento dos profissionais e da instituição e favorecendo dessa forma a decisão pela doação de órgãos.³

Instituição:

¹ Serviço de Psicologia Hospitalar do Hospital Geral Público de Palmas – Palmas/TO.

² Serviço de Psicologia do Programa de Transplantes do Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo/SP

Correspondência:

Carla Bono Olenscki Coelho
Hospital Geral Público de Palmas
201 SUL NS 01 Conjunto 02 Lote 01- CEP:77.015-202 – Palmas/TO
Tel.: (63) 9214-4922
e-mail: ca_olenscki@yahoo.com.br

Recebido em: 09.12.2012

Aceito em: 10.01.2013

O presente artigo percorre a literatura em busca de instrumentos para compreender de que modo a inserção do psicólogo nos serviços de captação e doação de órgãos pode colaborar para a melhoria da assistência prestada às famílias enlutadas. Estender-se-á nos aspectos psicológicos do processo de doação de órgãos sólidos e nos procedimentos interdisciplinares de assistência hospitalar, perfazendo a legislação brasileira sobre doação, captação e transplante de órgãos e tecidos.

OBJETIVOS

1- Levantar estudos que abordam o papel do psicólogo hospitalar nas equipes de captação e doação de órgãos;

2 - Buscar na literatura os aspectos psicológicos da doação de órgãos.

MÉTODOS

O presente estudo trata de uma pesquisa de revisão bibliográfica, através da investigação do acervo bibliográfico no período de 1997 a 2012 e a partir dos descritores: doação e captação de órgãos e tecidos, psicologia em saúde, bioética, morte, morte encefálica e unidades de terapia intensiva. Foram utilizados artigos de revisão, pesquisa de campo, legislações, pesquisas de opinião/editorial, retirados das bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed, capítulos de livros, periódicos, sites oficiais do Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Psicologia.

RESULTADOS

Foram encontrados 34 artigos a partir dos descritores anteriormente citados, e foram categorizados em subitens de forma didática dos temas prevalentes na literatura, conforme segue:

1. A psicologia hospitalar: contribuições a respeito do luto, do processo de morte e adoecimento

A Psicologia Hospitalar é uma especialidade recente; sua regulamentação deu-se a partir da Resolução nº 02/2001 do Conselho Federal de Psicologia, que instituiu o título profissional de especialista em psicologia hospitalar. Dentre suas atribuições, compete ao psicólogo intervir nas repercussões emocionais advindas das diversas relações existentes no contexto do adoecer e da hospitalização entre paciente, família e equipe de saúde, e participar e assessorar a equipe interdisciplinar quanto à tomada de decisões referente às condutas adotadas, a fim de promover apoio e segurança ao paciente e à família.⁴ Vale ressaltar que a Psicologia Hospitalar é encontrada apenas no Brasil; em outros países é denominada Psicologia da Saúde, tendo sua prática voltada para as intervenções nos níveis primário, secundário e terciário. A atuação do psicólogo hospitalar limita-se aos níveis secundários e terciários nos quais a doença já está instalada. O psicólogo que atua em instituições hospitalares

desenvolve habilidades nas seguintes áreas: clínica, de pesquisa e de administração de programas de saúde.⁵

A tríade da psicologia hospitalar está pautada na humanização do atendimento. De um lado, os pacientes e familiares clamam por apoio, compreensão e suporte para o enfrentamento do momento de crise - do adoecer e da iminência do morrer. Por outro lado, as equipes de saúde, convivem cotidianamente com a morte, causando-lhes elevado grau de stress e de adoecimento mental. As estratégias de atuação são diversas, mas a essência do trabalho está em decodificar as relações e sentimentos vivenciados no contexto hospitalar, sendo o porta voz do sofrimento humano, visando a sua diminuição e assegurando o bem-estar físico, mental e social.⁶

A morte, apesar da dura realidade dentro do contexto hospitalar, propicia inúmeras possibilidades de intervenções psicológicas, onde o morrer pode ser vivenciado de forma mais tranquila, elaborada e humana, conforme descreve artigo sobre alguns objetivos das intervenções psicológicas na terminalidade:

*“[...] oferecer suporte emocional ao doente e à sua família em situação de comunicação de prognóstico grave; facilitar e estimular a comunicação entre os familiares e a equipe profissional, utilizando termos e informações francas e factuais; [...] reconhecer e encorajar a família a utilizar suas crenças e rituais perante a morte; auxiliar na melhoria da qualidade de vida do enfermo na iminência da morte e de sua família, priorizando a minimização do sofrimento e da dor sobre a cura da doença, juntamente com a vivência do luto antecipatório”.*⁷

O binômio paciente-família é indissociável e o processo do morrer desestabiliza todo o núcleo familiar, instalando um momento de crise e interrupção, e o psicólogo tem a possibilidade de favorecer a elaboração das fantasias, inseguranças, temores e angústias por meio de sessões de psicoterapia focal e de luto antecipatório, assim como propiciar a aproximação com a equipe de saúde para sanar as dúvidas e ansiedades.⁸

2. O processo de doação e captação de órgãos

O processo de doação-transplante é entendido como o conjunto de ações e procedimentos que conseguem transformar um potencial doador em doador efetivo, concluindo o processo com o transplante. O transplante de órgãos e tecidos é o último recurso terapêutico para determinadas doenças crônicas irreversíveis.⁹

A legislação brasileira sobre doação, captação e transplante de órgãos e tecidos também é recente. Entrou em vigor em 02/1997 por meio da Lei Federal nº 9.434, que dispõe sobre a “remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências”.¹⁰ O Decreto nº 2.268 de 06/1997, regulamenta a Lei nº 9.434/97, na qual a doação era presumida, conforme Art. 14 – “a retirada de tecidos, órgãos e partes, após a morte poderá ser efetuada independentemente de consentimento da família se, em vida, o falecido a isso não tiver manifestado sua objeção”. Nesse caso, o cidadão necessitava manifestar sua vontade contrária à doação em documentos de Identificação Civil ou na Carteira Nacional de Habilitação, mediante inserção da expressão: “Não doador de órgãos e tecidos”.¹¹

Problemas de ordem ética, como o desrespeito à autonomia e questões de desigualdades socioculturais, onde muitos não tinham acesso aos meios de comunicação e divulgação,¹² fizeram com que os dispositivos legais fossem modificados em 2001 por meio da Lei nº 10.211, estabelecendo o consentimento informado a um familiar ou cônjuge, desde que se obedeça a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau para consentimento (pais, filhos, irmãos, netos e avós).¹³

Compreende-se por potencial doador de órgãos, aquele paciente que se encontra em coma Glasgow 3 e de etiologia conhecida. De acordo com o Registro Brasileiro de Transplantes, em 2012, o acidente vascular cerebral correspondeu a 46% das notificações de ME, seguido de traumatismo crânio encefálico (40%).¹⁴ A partir da identificação, abre-se o protocolo de diagnóstico de ME pela equipe da UTI através da realização de dois exames clínicos e um exame complementar para potenciais doadores acima de dois anos. Nesse momento, a família deverá ser comunicada, acolhida, e poderá convidar um médico de confiança da família para acompanhar todo o processo diagnóstico. O CFM publicou em 08/1997 a Resolução 1.480 deliberando que ME é a cessação irreversível das funções neurológicas, dos hemisférios cerebrais e tronco encefálico. A ME é morte, e, em 2007 o CFM dispôs em resolução que é legal e ética a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos após o diagnóstico, mesmo que o paciente não seja doador. No atestado de óbito deverá constar o horário de término do protocolo. Toda ME deverá ser notificada e comunicada à família e à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO).^{2,9,15-17}

Após confirmação diagnóstica, realiza-se a entrevista familiar por equipe multiprofissional especializada, que não deve ter vínculo assistencial anterior com a família.² Para tal função, criaram-se as Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTTs) e as Organizações de Procura de Órgãos (OPO), que, dentre outras atribuições, englobam também: identificar potenciais doadores, viabilizar o diagnóstico de ME, promover e organizar o acolhimento às famílias, responsabilizar-se pela educação permanente sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplante, implementar programas de qualidade e boas práticas relativas ao processo de doação e transplante.^{18,19}

Segundo o Registro Brasileiro de Transplantes (2012), foram notificados 8.025 potenciais doadores, dentre os quais, 2.406 tornaram-se doadores efetivos. Foram realizadas 5.598 entrevistas familiares, dentre as quais, 2.315 (41%) recusaram a doação.¹⁴ Estudos têm sido direcionados a responder o porquê das recusas familiares ainda serem prevalentes no nosso meio.

3. Aspectos psicológicos envolvidos na doação de órgãos e na entrevista familiar

A entrevista familiar deve ser realizada por equipe capacitada em conduzir o processo de abordagem de forma ética e humana, a fim de sensibilizar e resgatar a história de vida e de adoecimento do potencial doador, orientar, reconhecer e auxiliar nas fases de elaboração do luto.²⁰

Para que a comunicação seja efetiva, deve-se assegurar o fornecimento de informações, garantia da compreensão, a voluntariedade e o consentimento. E durante todo o processo, a aplicação dos princípios da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, precisam ser respeitadas.¹²

*“É importante que o entrevistador seja empático e respeitoso com a família atendendo a suas necessidades e angústias, amenizando os sentimentos de culpa, lembrando-se sempre de que a atenção que é dispensada à família naquele momento de dor é uma deferência e não uma obrigação”.*²

Alguns autores sugerem que a habilidade do solicitante pode diminuir a recusa no processo de doação e que a abordagem social e observância ético-legal aumentam a segurança e confiabilidade no processo de doação.²¹⁻²³

É fundamental a avaliação do estado emocional dos familiares a fim de identificar a capacidade de ouvir e compreender as informações prestadas pela equipe, assim como é de extrema importância saber reconhecer o momento mais adequado para a abordagem.²³⁻²⁵ A discussão prematura sobre a doação pode resultar na diminuição da aceitação da família, devido ao não entendimento do processo e por gerar sentimentos de indignação e insensibilidade perante a situação vivida. É necessário dar tempo suficiente para que a família internalize e elabore todas as informações repassadas. O momento da assinatura do consentimento exarceba a dor da perda e coloca a família novamente em contato com a realidade traumática, e o apoio psicológico deve ser oferecido naquele momento.²⁶

Os familiares que se encontram na negação da morte estão mais suscetíveis a recusarem a doação, mesmo tendo conhecimento do desejo prévio de doar por parte do potencial doador. Quanto mais jovem o potencial doador, mais difícil se torna a aceitação da morte, assim como nas mortes violentas e traumáticas; os casos de morte por suicídio geram na família sentimento de culpa, e a doação surge como mecanismo de defesa; as famílias mais indagadoras sugerem melhor organização para tomada de decisões; quando a decisão é tomada em conjunto e racionalmente, há uma tendência favorável à aceitação se comparada quando a tomada de decisão é impulsiva e logo após a abordagem; o conhecimento prévio da intenção de doar pode amenizar a ambiguidade da decisão.²⁰

Outro aspecto subjetivo relevante é o significado de ME, que deveria ser mais bem difundido na população, como mostrou estudo acerca da influência do conhecimento sobre ME e a intenção de doar, no qual a maioria dos participantes é favorável à doação, porém a insegurança e desconhecimento quanto a ME foi apontado pela grande maioria como fatores que impedem a doação, devido aos pensamentos e fantasias encontrados, como por exemplo: o médico pode estar equivocado e o paciente vivo.⁹

O risco de sobreviver com danos cerebrais parece ser a maior preocupação para alguns familiares do que o medo da morte. Para alguns indivíduos, o diagnóstico de ME e a ligação com dano cerebral representa a perda irreversível da vida mental, mas não propriamente a morte. O paradoxo da comunicação da morte com a presença de respiração e batimentos cardíacos parece ser o gatilho para conflitos emocionais e cognitivos que os familiares enfrentam.²⁷

Estudo realizado em São José do Rio Preto aponta que quase toda a população pesquisada ouviu falar sobre transplante de órgãos e sabia da existência de programa de captação e doação de órgãos; a grande maioria concordou com a retirada de órgãos em casos de morte de parentes; e quanto às pessoas que não concordaram com a doação, o principal motivo estava relacionado às dúvidas quanto ao diagnóstico de ME; para quase metade dos entrevistados, o diagnóstico de ME deveria ser informado por um médico e 25% afirmaram que a presença do psicólogo seria importante no momento da comunicação.²⁸

O principal motivo da recusa familiar é o desejo de não ser doador por parte do falecido, conforme aponta um estudo multicêntrico realizado nos EUA.²⁹ Outra variável importante é o baixo nível educacional, que pode dificultar a compreensão do processo de doação, e os meios de comunicação também podem exercer influência sobre a opinião pública, assim como a cultura de um determinado povo. Por essas razões, os profissionais envolvidos na doação têm o dever de esclarecer todas as dúvidas detalhadamente, acerca de todo o processo de doação.³⁰ As crenças podem também interferir na decisão de doar, tais como: crenças religiosas, culturais, educacionais, altruísticas e normativas. As crenças religiosas são uma barreira importante, particularmente para testemunhas de Jeová e judeus ortodoxos.³¹

Em outros estudos, o altruísmo e a participação de toda a família favoreceu a tomada de decisão, seguida do conhecimento da vontade do doador em vida. A análise de sentimentos, comportamentos, crenças e valores dos familiares antes da entrevista familiar pelos profissionais da saúde ajudam no entendimento sobre ME e a aceitação do processo de doação.^{23,26,32}

Na Espanha e no Brasil, estudos apontam variáveis importantes sobre a decisão de doar ou não os órgãos de familiares falecidos, como: respeito aos doadores, manifestação em vida sobre a vontade de doar, grau de escolaridade e preocupação sobre possíveis irregularidades no processo de doação, influência sobre aspectos estéticos do cadáver, relação com a unidade hospitalar e as informações repassadas pelos médicos à família.

Concluiu-se que os familiares de doadores são mais favoráveis à doação no futuro do que as famílias de não doadores. Algumas famílias manifestam o ato de doar como um ato de solidariedade, entendida como um ato voluntário, como reciprocidade, sentimentos de conforto ao pensar que poderiam encontrar-se numa situação semelhante e que outros poderiam ajudá-las, além da valorização social.^{20,33,34}

CONCLUSÃO

Os estudos acerca do processo de doação de órgãos e abordagem familiar direcionam para aspectos nos quais a psicologia hospitalar desenvolve sua formação prática e teórica, conduzindo cada vez mais para a necessidade de inserção do psicólogo nesse contexto e auxílio na atenção à subjetividade inerente a esse processo.

A doação de órgãos é um processo multifatorial, permeado por variáveis biopsicossociais como: crenças, modos de enfrentamento do luto, compreensão da morte, e a família parece ser o principal mediador para o sucesso da captação.

Considerando o psicólogo hospitalar o profissional responsável pela leitura da subjetividade e compreensão do processo de enfrentamento da perda, pensar nas possibilidades da sua atuação nas equipes de captação de órgãos permite vislumbrar o alcance de melhorias para a escuta, acolhimento e humanização do processo.

Este estudo almeja uma intervenção diretiva no âmbito da prática do psicólogo hospitalar e sua inserção no contexto da doação de órgãos através da vivência e sentimentos das famílias envolvidas no processo de morte encefálica e luto, ofertando suporte profissional e institucional às equipes de captação e doação de órgãos. Para que a prática seja consolidada, estudos mais abrangentes se tornam necessários.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Hospital Geral Público de Palmas, onde atuo na área de psicologia hospitalar, que serve de estímulo para a implementação e consolidação do serviço de captação de órgãos e tecidos.

Aos enfermeiros Solany Moreira e Vinícius Boaventura, parceiros de lutas e sonhos.

ABSTRACT

Although legislation and the organ procurement teams for donation are composed by multiple professionals, the role of psychologists in these teams has not been reported in the literature. **Purpose:** to identify psychological aspects in the organ donation context and how the psychologist can act on the family approach process. **Methods:** This study comprises a review in the investigative review in the literature through bibliographic research within the 1997-2012 period from the descriptors: organ and tissue donation and procurement, health psychology, bioethics, death, mourning and intensive care unit. Studies found were categorized in 3 subsections: health psychology, the process of organ donation and psychological aspects involved in the donation and repercussions on the family approach. **Conclusion:** Health psychology has in its broad theoretical route practical conditions supporting the psychologist in the search to its inclusion in the organ procurement and donation, especially having their actions focused on the family acceptance and approach, and the subjective aspects in the process.

Keywords: Medication Adherence; Immunosuppressive Agents; Kidney Transplantation.

REFERÊNCIAS

1. Simonetti A. Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença. 1.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. P.14-6.
2. Nothen RR. A Doação de Órgãos no cenário da Unidade de Terapia Intensiva. São Paulo: Artmed/Panamericana; 2004. P. 14-48.
3. Gonçalves NRF, Ribeiro L. O papel do psicólogo no processo de doação de órgãos. Aroldo E, organizador. Tanatologia: temas impertinentes. Fortaleza: LC Gráfica e Editora; 2011. p. 225-34.
4. Resolução nº 02/2001 CPF – Conselho Federal de Psicologia. [Internet]. Brasília, DF; 2001. [acesso em 2012 set 07]. Disponível em: www.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001_2.pdf
5. Castro EK, Bornholdt E. Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: definições e possibilidades de inserção hospitalar. *Psicol. cien. prof.* 2004;24(3):48-57.
6. Chiattonne HBC. A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. Angerami-Camon VA, organizador. Vasconcellos EG, Gaspar KC, Chiattonne HBC, Riechelmann JC, Sebastiani RW, editores. *Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica.* 2 ed. São Paulo: Cengage Learning; 2011.p.145-241.
7. Schmidt B, Gabarra LM, Gonçalves JR. Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. *Paidéia.* 2011 set-dez;21(50):423-30.
8. Lustosa MA. A Família do Paciente Internado. *Rev SBPH.* 2007 jun;10(1):3-8.
9. Teixeira RKC, Gonçalves TB, Silva JAC. A intenção de doar órgãos é influenciada pelo conhecimento populacional sobre morte encefálica? *Rev Bras Ter Intensiva.* 2012;24(3):258-62.
10. Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9434 de 04 de fevereiro de 1997. [Internet]. Brasília, DF; 1997. [acesso em 2012 set 07]. Disponível em : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19434.htm
11. Brasil. Decreto nº 2268, de 30 de junho de 1997. [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1997 jun. 30 [acesso em 2012 set 07]. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/dec2268.htm>.
12. Silveira PVP, Silva AA, Oliveira ACS, Alves AJ, Quaresimin CR, Moraes C, et al. Aspectos éticos da legislação de transplante e doação de órgãos no Brasil *Revista Bioética.* 2009; 17(1):61-75 [acesso em 2012 ago 27]. Disponível em: http://www.bioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/80/84 .
13. Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.211 de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9434, de 4 de fevereiro de 1997 [Internet]. Brasília, DF; 2011. [acesso em 2012 set 07]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2011
14. ABTO. Registro Brasileiro de Transplantes. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2005-2012). São Paulo; 2012. Ano XVIII(4). P. 23-5.
15. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.480/97. Brasília; 1997. [acesso em 2012 set. 15]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm.
16. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.826/2007. Brasília; 2007. [acesso em 2012 set. 15]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1826_2007.htm.
17. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Processo-consulta CFM nº8563/2000 PC/CFM/Nº42/2001. Diagnóstico de Morte Encefálica. Brasília; 2001. [acesso em 2012 set. 15]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2001/42_2001.htm.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2600, de 21 de outubro de 2009. [Internet]. Brasília, DF; 2009. [acesso em 2012 out. 26]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/constituicao-federal/legislacoes/gm/101249-2600.html?q=>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2601, de 21 de outubro de 2009. [Internet]. Brasília, DF; 2009. [acesso em 2012 out. 26]. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2601-\[3015-120110-SES-MT\]-pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2601-[3015-120110-SES-MT]-pdf)
20. Moraes, Bianca Nascimento. Perfil, crenças, sentimentos e atitudes de familiares doadores e não-doadores de órgãos [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina; 2009 [acesso 2012 out. 10]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5131/tde-28082009-102356/>
21. Groot J, Vernooij-Dassen M, Hoedemaekers C, Hoitsma A, Smeets W, Van Leeuwen E. Decision Making by Relatives About Brain Death Organ Donation: An Integrative Review. *Transplantation.* 2012; 12(93):1196-211.
22. Roza BA, Garcia VD, Barbosa SFF, Mendes KDS, Schirmer J. Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(3):417-22.

23. Pessalacia JDR, Cortes VF, Ottoni A. Bioética e doação de órgãos no Brasil: aspectos éticos na aborgagem à família do potencial doador. *Rev bioét.* 2011;19(3):671-82.
24. Manuel A, Solberg S, Macdonald S. Organ donation experiences of family members. *Nephrology Nursing Journal.* 2010;37(3):229-37.
25. Simpkin AL, Robertson LC, Barber VS, Young JD. Modifiable factors influencing relatives' decision to offer organ donation: systematic review. *BMJ.* 2009;339:b991.
26. Eckenrod EL. Psychological/Emotional Trauma of Donor Families. *Transplantation Proceedings.* 2008;40:1061-63.
27. Long T, Sque M, Addington-Hall J. Conflict rationalization: How family members cope with a diagnosis of brain stem death. *Social Science&Medicine,* 2008;67:253-61.
28. Faria JG, Branco LM, Duarte PS, Miyazaki MCOS, Abbud-Filho M. Doação de órgãos para transplantes: informação e opinião de moradores do interior do estado de São Paulo. *J Bras Transpl.* 2007;10:752-55.
29. Guervós CS, Marinero PG. Estudio multicêntrico sobre negativas familiares a la donación. Grupo de Estudio sobre Negativas a la Donación. Coordinación de Trasplantes. Hospital General y Universitario de Alicante. [acceso 2012 set. 09]. Disponível em: http://www.donacion.organos.ua.es/submenu2_2/articulo_negativas.asp
30. Morais TR, Morais MR. Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. *Saúde em Debate.* 2012;95(36):633-39.
31. Radecki CM, Jaccard J. Psychological Aspects of Organ Donation: A Critical Review and Synthesis of Individual and Next-of-kin Donation Decisions. *Health Psychology.* 1997;16(2):183-95.
32. Cinque VM, Bianchi ERF. A tomada de decisão das famílias para a doação de órgãos. *Cogitare Enferm.* 2010; 15(1):69-73.
33. Rosel J, Ángel de Frutos M, Blanca MJ, Ruiz P. La decisión de donar órganos: variables contextuales y consecuencias de la decisión. *Psicothema.* 1995;7(3):605-18.
34. Mata JAF, Marcos MR, Guerrero RJG, Sánchez LL, Casado EG. Encuesta de Calidad Asistencial a Familias de Donantes tras la Experiencia de Donación. *Medicrit.* 2006;3(5):108-14.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE

Nursing performance on the organ and tissue donation process for transplantation

Andréia Cristina Revolta Batista², Osvaldo Lourenço da Silva Júnior³, Jocilene de Carvalho Miraveti Canova¹

RESUMO

O enfermeiro, atuando desde a realização do primeiro transplante no Brasil, está cada vez mais buscando conhecimento na área de gerenciamento e assistência, desenvolvendo um papel técnico ativo e de extrema importância no processo de doação e captação de órgãos. Objetivo: realizar uma revisão da literatura sobre a atuação do enfermeiro no processo de doação e captação de órgãos. Métodos: foram analisados artigos publicados no período entre 2000 e 2010, nas seguintes bases de dados: LILACS, SciELO, Google Acadêmico, Ministério da Saúde (MS) e Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Desses, foram excluídos todos os artigos em língua estrangeira. Resultado: dos 17 artigos analisados, quatro foram publicados entre 2000 e 2005 e 13 entre 2006 e 2010. Os artigos foram publicados em oito periódicos diferentes. Conclusão: a partir deste estudo, pôde-se concluir que o Enfermeiro vem transformando o seu papel no decorrer de mais de 40 anos de atividades direcionadas aos transplantes de órgãos no Brasil, apoiada pelo Conselho Federal de Enfermagem e pela Resolução nº 292/2004, incumbindo-lhe atividades privativas de “planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar” todo o processo de doação e captação de órgãos. Embora a atuação do Enfermeiro esteja se expandindo nesse campo, ainda há escassez de publicações de artigos científicos que abordem esse tema, sugerindo futuramente a divulgação de pesquisas e trabalhos que abordem a importância da atuação do enfermeiro no processo de doação e captação de órgãos.

Descritores: Transplantes; Transplantes de Órgãos; Enfermagem

INTRODUÇÃO

Mundialmente, o número de transplantes continua crescendo. Desde 1964, quando foi realizado o primeiro transplante de rim no Brasil, já ocorreram mais de 75.600 transplantes de órgãos sólidos.¹

Apesar do constante avanço, 27.567 pessoas aguardam a sensibilização da população à espera de um órgão.^{2,3} A falta de esclarecimento, a necessidade de aumentar o número de doadores e a ausência de programas voltados para a conscientização da população têm prejudicado o processo do transplante e provocado um baixo índice de captação de órgãos.⁴

É notória a contribuição do enfermeiro para o sucesso do transplante, e seu papel e função são diferenciados, de acordo com sua formação profissional, cargo na instituição e cenário de prática.⁵

Desta forma, o enfermeiro conquistou seu espaço de maneira responsável, atuando junto com a equipe multiprofissional, desenvolvendo um papel técnico e ativo, assim como norteador dessa população de potenciais doadores e receptores de órgãos, orientando e multiplicando informações e tornando o transplante uma experiência menos dolorosa para ambos.^{6,7}

Instituições:

¹ Ambulatório Médico de Especialidades de Barretos – Barretos/SP, Brasil.

² Centro Integrado de Pesquisa do Hospital de Base de São José do Rio Preto – São José do Rio Preto/SP, Brasil.

³ Departamento de emergência do Hospital de Base de São José do Rio Preto – São José do Rio Preto/SP, Brasil.

Correspondência:

Andréia Cristina Revolta Batista

Avenida 39 ruas 46 e 48 nº 1173, CEP 14780-400 – Barretos/SP

Tel: (17) 3322-7368

E-mail: andreia.batista@amebarretos.com.br

Recebido em: 24.09.2012

Aceito em: 12.10.2012

OBJETIVO

Descrever a atuação do enfermeiro no processo de doação e captação de órgãos.

DESENVOLVIMENTO

A abordagem escolhida para o estudo foi a pesquisa A abordagem escolhida para o estudo foi a pesquisa exploratória, do tipo bibliográfica. Foi realizado um levantamento bibliográfico sobre a atuação do enfermeiro no processo de doação e captação de órgãos, utilizando-se os bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que incluem a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e “Scientific Electronic Library Online” (SciELO) no período de 2000 a 2010.

Complementarmente, foi utilizado o Google Acadêmico, o Ministério da Saúde (MS) e a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), com o intuito de selecionar artigos científicos nacionais publicados em revistas não indexadas na base da BIREME.

Os critérios de inclusão adotados para esta revisão foram: resoluções e artigos publicados na íntegra e em português, que abordem a atuação do enfermeiro no processo de doação e captação de órgãos. Os critérios de exclusão foram: artigos impossibilitados de acesso on-line e artigos de língua estrangeira.

Os artigos selecionados foram obtidos na íntegra, submetidos, primeiro, a uma leitura exploratória e, depois, a uma leitura interpretativa com a finalidade de direcionar e organizar os conteúdos encontrados, de forma a atender o objetivo proposto neste estudo.

Os resultados foram analisados e apresentados quanto à caracterização dos artigos selecionados (tipo de estudo, objetivo, autor, palavras-chave, instrumento utilizado e ano de publicação) e quanto à atuação da enfermagem no processo de doação e captação de órgãos.

RESULTADOS

Dos 17 artigos analisados, quatro foram publicados entre 2000 e 2005 e 13 entre 2006 e 2010. Os artigos foram publicados em oito periódicos diferentes, descritos a seguir, em ordem decrescente: Revista Latino-Americana de Enfermagem (seis artigos)⁸⁻¹³ e Revista Brasileira de Enfermagem (três artigos).¹⁴⁻¹⁶ Desse ponto em diante, foi analisado um artigo das seguintes revistas: Cadernos de Saúde Pública,² Revista Brasileira de Terapia Intensiva,¹⁷ O Mundo da Saúde,¹⁸ Scientia Médica,¹⁹ Enfermería Global,³ Arquivos de Ciências da Saúde,⁴ Revista Pesquisa: Cuidados é Fundamental Online²⁰ e Sistema Anhanguera de Revistas Eletrônicas (SARE).⁷

Em outra análise, este estudo mostra que dos 17 artigos selecionados, 13 (76%) foram escritos por enfermeiros, três (18%) por médicos e um (6%) por outros profissionais, evidenciando, assim, que a atuação dos enfermeiros não

está voltada apenas para o processo de doação e captação de órgãos, mas expandindo-se na direção de publicações de estudos científicos que demonstram sua capacidade e sua ativa participação nos transplantes no Brasil.

DISCUSSÃO

O transplante de órgãos é considerado um dos maiores avanços obtidos pela Medicina, pois muitos indivíduos que passam por esse processo têm maior sobrevida. Em 2010, o Brasil realizou 21.040 transplantes de órgãos, com um aumento de 7% em relação a 2009, sendo que o estado de São Paulo foi responsável por 47% dos procedimentos realizados.²¹

O estado de São Paulo dispõe de duas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), que têm como atribuição o gerenciamento dos cadastros dos doadores e receptores de órgãos e tecidos, garantindo a igualdade do processo dos transplantes. As CNCDOs são responsáveis por coordenar as Organizações de Procura de Órgãos (OPOs) e essas são regionalizadas para detecção dos doadores e responsáveis pela captação de órgãos e tecidos.⁴

Todo o processo do transplante é realizado por uma equipe multidisciplinar totalmente capacitada, mas cabe ao enfermeiro o reconhecimento, detecção e identificação do potencial doador; além de colher a história da doença atual, fornecendo as informações (via telefone/fax) para a CNCDO local.¹⁵

Em todos os aspectos de sua prática, a atuação do enfermeiro nos transplantes é respaldada pela Resolução COFEN nº 292/2004.¹⁵

As causas mais frequentes de morte encefálica são: traumatismo crânio-encefálico (TCE), hemorragia subaracnóidea (HSA) ligada a uma ruptura de aneurisma, lesão após uma parada cardiorrespiratória (PCR), hemorragia cerebral e grandes lesões isquêmicas (AVE). Sua confirmação é determinada por dois médicos não atuantes nas equipes de transplante de órgãos e tecidos, quando são realizados exames clínicos neurológicos para certificar a ausência de reflexos e fluxo sanguíneo no tronco cerebral, como a angiografia e o doppler transcraniano, excluindo assim qualquer causa reversível.¹⁴

A assistência prestada pelo enfermeiro ao paciente com diagnóstico de morte encefálica é de grande importância, pois sua responsabilidade é manter o doador hemodinamicamente estável, para que seus órgãos possam permanecer em perfeito estado até o momento da retirada no centro cirúrgico.⁹

A morte encefálica pode abranger alterações bioquímicas e celulares que levam a uma disfunção múltipla dos órgãos, influenciando a vitalidade e qualidade dos órgãos; por essa razão, o enfermeiro deve ter um conhecimento especializado para detectar as alterações fisiopatológicas que derivam da morte encefálica, devendo estar atento para o controle intensivo da pressão arterial a um nível de >100 mmHg, um rigoroso monitoramento do balanço hídrico com débito urinário >100 ml/hora, e a reposição volêmica deve ser realizada por meio de uma veia calibrosa periférica, sendo as drogas vasoativas administradas em veias centrais; deve haver um controle da

glicemia capilar a cada quatro horas, aplicando doses seriadas de glicose sanguínea para que seja evitada a hiperglicemia e dosagens seriadas dos eletrólitos para o controle dos distúrbios hidroeletrolíticos. O controle da temperatura faz parte da função dos enfermeiros, aquecendo as soluções (37-38°C), colocando cobertores térmicos, e fazendo a manutenção adequada da ventilação e oxigenação, com controle de gases sanguíneos, além do controle dos parâmetros do ventilador, devendo também ter conhecimento das manobras de ressuscitação, caso haja uma intercorrência de PCR.⁹

Todos esses cuidados competem, em grande parte, aos enfermeiros, demandando grande atenção e responsabilidade por parte desses profissionais, exigindo alto grau de colaboração ao dispensar cuidados como a um paciente normal, o que torna o trabalho para alguns deles, por vezes, desgastante e estressante.

A falta de manutenção e os cuidados incorretos por parte do enfermeiro em um paciente com diagnóstico de morte encefálica, ou seja, um potencial doador, constitui-se na segunda maior causa da não efetivação da doação de órgãos no Brasil.¹²

Uma tarefa também designada ao enfermeiro é a abordagem e entrevista com os familiares em relação à morte encefálica e a possível doação dos órgãos para transplante, sendo considerada por muitos deles um dos momentos mais importantes do processo de captação de órgãos, sendo que esses profissionais necessitam ter facilidade em se expressar, conhecimento do processo de doação, respeito e sensibilidade em relação ao momento de dor que a família está vivenciando.⁷

É vista pelo enfermeiro como uma etapa de maior complexidade, envolvendo aspectos éticos, legais e emocionais, pois após o esclarecimento da morte encefálica e a solicitação da possível doação, os familiares encontram-se em choque e podem apresentar diferentes reações como dor, desespero, choro, tristeza, revolta, porque alguns não aceitam o sentimento da perda do ente querido, e desconfiança, chegando a desconfiar que o paciente ainda esteja vivo ou que seu quadro possa ser reversível devido à manutenção dos batimentos cardíacos, da ventilação mecânica, da temperatura corporal e da pressão arterial por meio das medicações e dos equipamentos.⁹

Apoiada pela Lei nº 10.211, a autorização somente dar-se-á com o consentimento familiar, mesmo que em vida o doador tenha manifestado seu desejo de doar seus órgãos; por isso, faz-se necessário que o enfermeiro esclareça todas as dúvidas, etapas e tempo do processo aos familiares, explicando quais os órgãos que serão retirados, ausência de custo por parte da família do doador, a possibilidade de salvar vidas que necessitam de um transplante para sobreviver e a preparação do corpo que não poderá ser desfigurado ou mutilado.¹⁷

A primeira maior causa da não efetivação da doação de órgãos é a recusa familiar, ligada a vários fatores que influenciam na tomada da decisão, como: crenças religiosas, níveis socioeconômico e cultural, grau de satisfação e credibilidade em relação à equipe dos transplantes. A assistência de enfermagem dispensada à família também influi na decisão quanto à doação de órgãos, devendo prestar apoio, mesmo que a decisão seja contrária à doação.⁸

Caso a família confirme a doação, o enfermeiro inicia seu processo com o preenchimento da documentação, notificando a Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos (CNNCDO), que iniciará a distribuição dos órgãos a ser doados, conforme cadastro de fila única, marcando em seguida o horário para as equipes transplantadoras realizarem a retirada dos órgãos e tecidos. Após a retirada, o doador falecido é recomposto e entregue aos familiares, para que possa ser realizado o funeral.¹⁸

Com uma notável participação, o enfermeiro tem suas atividades desenvolvidas em diversas modalidades como: detecção, avaliação e manutenção do potencial doador em morte encefálica, notificação às Centrais de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos (CNNCDO), entrevista e consentimento familiar, documentação, registro e arquivo do processo dos transplantes, garantia do anonimato do doador para o receptor e vice-versa, acompanhamento do procedimento cirúrgico para a retirada dos órgãos, Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) ao receptor e acompanhamento dos resultados.^{15,16}

A assistência do enfermeiro ao paciente transplantado deve ser especializada, devendo ser pré e pós-transplante, pois esses pacientes necessitam de cuidados mais complexos, orientações e educação continuada, estendendo-se em visitas domiciliares.¹¹

O enfermeiro desempenha um papel de responsabilidade social, com a função de orientar e informar a população a respeito da doação de órgãos e tecidos, tentando buscar a conscientização das pessoas, através de campanhas em meios de comunicação, mostrando o funcionamento dos programas de transplantes, o sofrimento das pessoas que estão na lista de espera, a nova vida pós-transplante, demonstrando um estímulo para que as pessoas possam contribuir com aqueles que aguardam melhor qualidade de vida.¹⁹⁻²⁰

CONCLUSÃO

A partir deste estudo, pôde-se concluir que o Enfermeiro vem transformando o seu papel no decorrer de mais de 40 anos de atividades direcionadas aos transplantes de órgãos no Brasil, apoiado pelo Conselho Federal de Enfermagem e pela Resolução nº 292/2004, incumbindo-lhe atividades privativas de “planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar” todo o processo de doação e captação de órgãos.

Permitiu-se reconhecer que o enfermeiro passou a ser visto como um protagonista, e está cada vez mais capacitado, buscando conhecimentos e especializações na área, contribuindo assim para melhorar o processo de transplantes de órgãos no Brasil, não fazendo apenas parte do processo técnico e científico, mas tornando-se parte fundamental da equipe responsável pela doação e captação de órgãos.

Embora a atuação do Enfermeiro esteja expandindo nesse campo, ainda há escassez de publicações de artigos científicos que abordem esse tema, sugerindo futuramente a divulgação de pesquisas e trabalhos que abordem a importância da atuação da enfermagem no processo de doação e captação de órgãos.

ABSTRACT

The nurse, acting since the first transplantation in Brazil is increasingly seeking knowledge in the management and assistance in the development of a technical active and of major importance role in the process of organ donation and retrieving. **Purpose:** To make a literature review on the performance of nurses in the process of organ donation and retrieving. **Method:** It was analyzed articles published between 2000 and 2010 on the following databases: LILACS, SciELO, Google academic, Ministry of Health and the Brazilian Association of Organ Transplantation. **Results:** From 17 articles reviewed, four have been published between 2000 and 2005 and 13 between 2006 and 2010. These articles were published in eight different periodicals. **Conclusion:** From this study, it can be concluded that Nursing has been transforming its role over the past 40 years in activities driven to the organ transplantation in Brazil, supported by the Federal Nursing Council and the Resolution No. 292/2004, granting them exclusive activities such as to “plan, implement, coordinate, supervise and evaluate” in the whole organ donation and retrieving process. Although the role of the Nurse is being expanded in this area, there is still scarce scientific articles published addressing this theme, suggesting the future research and disclosure of studies focusing the importance of the nurse’s performance in the process of organ donation and retrieving.

Keywords: Transplantation, Organ Transplants, Nursing.

REFERÊNCIAS:

- Mendes KDS, Roza BA, Barbosa SFF, Schirmer J, Galvão CM. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. *Texto & contexto enferm.* 2012;21(4):945-53.
- Marinho A. Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Cad. Saúde Pública.* 2006;22(10):2229-39.
- Santos MJ, Massarollo MCKB, Moraes EL. Entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Acta paul. enferm.* 2011;25(5):788-94.
- Moraes M, Silva RCMA, Ramalho HJ, Silva RF, Abbud-Filho M. As Organizações de Procura de Órgãos (OPOs) são efetivas? Análise de sete anos de atividade de uma OPO brasileira. *Arq. Ciênc. Saúde.* 2004;11(4):225-9.
- Cintra V, Sanna MC. Transformações na administração em enfermagem no suporte aos transplantes no Brasil. *Rev. Bras. Enferm.* 2005;58(1):78-8.
- Lemes MMDD, Bastos MAR. Os cuidados de manutenção dos potenciais doadores de órgãos: estudo etnográfico sobre a vivência da equipe de enfermagem. *Rev. Latinoam. Enferm.* 2007;15(5).
- Magalhães ACSP, Magalhães JAP, Ramos RP. O enfermeiro na Central de Captação de Órgãos [monografia na Internet]. São Paulo: Sistema Anhanguera de Revistas Eletrônicas; 2007 [acesso em 2010 Out 11]. Disponível em: <http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/anudo/article/view/763/590>.
- Moraes EL, Massarollo MCKB. A recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplante. *Rev. Latinoam. Enferm.* 2008;16(3).
- Guido LA, Linch GFC, Andolhe R, Conegatto CC, Tonini CC. Estressores na assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos. *Rev. Latinoam. Enferm.* 2009;17(6).
- Moraes EL, Barros e Silva LB, Moraes TC, Paixão NCS, Izumi NMS, Guarino AJ. O perfil dos potenciais doadores de órgãos e tecidos. *Rev. Latinoam. Enferm.* 2009;17(5).
- Massarollo MCKB, Kurcang P. O Vivencial dos enfermeiros no programa de transplante de fígado de um hospital público. *Rev. Latinoam. Enferm.* 2000;8(4):66-72.
- Lemes MMDD, Bastos MAR. Os cuidados de manutenção dos potenciais doadores de órgãos: estudo etnográfico sobre a vivência da equipe de enfermagem. *Rev. Latinoam. Enferm.* 2007;15(5).
- Santos MJ, Massarollo MCKB. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. *Rev. Latinoam. Enferm.* 2005;13(3):382-7.
- Guetti NR, Marques IR. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Rev. Bras. Enferm.* 2008;61(1):91-7.
- Cicolo EA, Roza BA, Schirmer J. Doação e transplante de órgãos: produção científica da enfermagem brasileira. *Rev. Bras. Enferm.* 2010;63(2):274-8.
- Cintra V, Sanna MC. Transformações na administração em enfermagem no suporte aos transplantes no Brasil. *Rev. Bras. Enferm.* 2005;58(1):78-81.
- Rech TH, Rodrigues Filho EM. Entrevista familiar e consentimento. *Rev. Bras. Ter. Intensiva.* 2007;19(1):85-9.
- Lima AAF, Silva MJP, Pereira LL. Percepção de enfermeiro da Organização de Procura de Órgãos (OPO) sobre humanização do processo de captação de órgãos para transplante. *Mundo Saúde (Impr.)*. 2006;30(3):409-16.
- Traiber C, Lopes MHI. Educação para doação de órgãos. *Scientia Medica.* 2006;16(4):178-82.
- Gomes LS, Ferreira BJ, Knupp MV, Aniceto SC, Cavalcanti PCS. Doação de órgãos: responsabilidade social no exercício profissional da enfermagem. *Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online.* 2010;(Ed. Supl.):881-3.
- ABTO.org.br [homepage na Internet]. ABTO: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos; [acesso em 2010 oct 15]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov02/portugueses/populacao/home/ConteudoNoticia.aspx?KeyResource=92>.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

O JBT - Jornal Brasileiro de Transplantes, ISSN 1678-3387, órgão oficial da ABTO - Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, destina-se à publicação de artigos da área de transplante e especialidades afins, escritos em português, inglês ou espanhol.

Os manuscritos submetidos à Revista, que atenderem às "Instruções aos Autores" e estiverem de acordo com a política Editorial da Revista, após aprovação pelo Conselho Editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de dois revisores, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Os comentários serão devolvidos aos autores para as modificações no texto ou justificativas de sua conservação. Somente após aprovação final dos editores e revisores, os trabalhos serão encaminhados para publicação. Serão aceitos Artigos Originais, Artigos de Revisão, Apresentação de Casos Clínicos, Cartas ao Editor, Ciências Básicas Aplicadas aos Transplantes, Opinião Técnica, Prós e Contras, Imagem em Transplante e Literatura Médica e Transplantes.

ARTIGOS ORIGINAIS

São trabalhos destinados à divulgação de resultados da pesquisa científica. Devem ser originais e inéditos. Sua estrutura deverá conter os seguintes itens: Resumo (português e inglês), Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências. Devem ter, no máximo, 45 referências.

ARTIGOS DE REVISÃO

Constituem da avaliação crítica e sistemática da literatura sobre um assunto específico, podendo ser: Revisão Acadêmica, Revisão de Casos, Revisões Sistemáticas, etc. O texto deve esclarecer os procedimentos adotados na revisão, a delimitação e os limites do tema, apresentar conclusões e ou recomendações e ter, no máximo, 60 referências.

APRESENTAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

Relata casos de uma determinada doença, descrevendo seus aspectos, história, condutas, etc... incluindo breve revisão da literatura, com 20 referências, no máximo.

CARTAS AO EDITOR

Tem por objetivo discutir trabalhos publicados na revista ou relatar pesquisas originais em andamento. Devem ter, no máximo, três laudas e cinco referências.

CIÊNCIAS BÁSICAS APLICADAS AO TRANSPLANTE

Artigos de revisão sobre temas de ciência básica, cujo conhecimento tem repercussão clínica relevante para Transplantes. Devem ter, no máximo, dez laudas e 15 referências e serão feitas apenas a convite do JBT.

OPINIÃO TÉCNICA

Destina-se a publicar uma resposta a uma pergunta de cunho prático através de opinião de um especialista (Quem? Quando? Como? Onde? Por quê?). Devem ter, no máximo, seis laudas e apresentarem até quinze referências.

PRÓS E CONTRAS

Frente a uma questão, dois autores serão escolhidos pela editoria do JBT, para discutirem os aspectos positivos e os negativos de um assunto controverso. São dois autores, um escrevendo a favor e o outro contra uma determinada proposição. Cada autor deve escrever no máximo três laudas e cinco referências.

IMAGEM EM TRANSPLANTE

Uma imagem relacionada a Transplante, patognomônica, típica, de US, RX, CT, RNM, foto de cirurgia, microscopia, sinal clínico, etc., seguida de um texto curto, explicativo, com, no máximo, 15 linhas e cinco referências.

LITERATURA MÉDICA E TRANSPLANTES

Um artigo original de qualquer área médica, incluindo transplantes, que seja importante para o conhecimento do médico transplantador, poderá ser revisado, e o resumo do trabalho original será publicado, seguido de um pequeno resumo comentado ressaltando sua importância. O resumo deve ter até duas laudas e apresentar a referência completa do trabalho. Autores serão convidados para esse tipo de publicação, mas poderão ser considerados para publicação no JBT trabalhos enviados sem convites quando considerados relevantes pelos editores.

PONTO DE VISTA

Temas sobre transplantes de órgãos ou tecidos, elaborados por autores da área, convidados pela editoria da revista. Deverão conter 1.200 palavras, no máximo.

ESPECIAL

Artigo, Documento, Trabalho, Parecer, que não se enquadre em nenhuma das especificações acima, publicado apenas por convite da Revista ou após parecer da Editoria, mas que venha trazer à comunidade transplantadora, informações de grande importância, e portanto, sem necessidade de seguir as normas clássicas da revista.

As normas que se seguem, devem ser obedecidas para todos os tipos de trabalhos e foram baseadas no formato proposto pelo International Committee of Medical Journal Editors e publicado no artigo: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Ann Intern Med 1997;126:36-47, e atualizado em outubro de 2001. Disponível no endereço eletrônico: <http://www.icmje.org>

NORMAS PARA ELABORAÇÃO DO MANUSCRITO

Requisitos técnicos

- O trabalho deverá ser digitado em espaço duplo, fonte Arial tamanho 12, margem de 2,5 cm de cada lado, com páginas numeradas em algarismos arábicos, na seqüência: página de título, resumos e descritores, texto, agradecimentos, referências, tabelas e legendas.
- Permissão à ABTO para reprodução do material.
- Declaração que o manuscrito não foi submetido a outro periódico,
- Aprovação de um Comitê de Ética da Instituição onde foi realizado o trabalho, quando referente a trabalhos de pesquisa envolvendo seres humanos.
- Termo de responsabilidade do autor pelo conteúdo do trabalho e de conflitos de interesses que possam interferir nos resultados.

Observações:

- Com exceção do item "a", os documentos acima deverão conter a assinatura do primeiro autor, que se responsabiliza pela concordância dos outros co-autores.
- Há em nosso site, modelo de carta para acompanhar os trabalhos, onde já constam as informações referentes aos itens b, c, d, e.

Após as correções sugeridas pelos revisores, a forma definitiva do trabalho deverá ser encaminhada, preferencialmente, por e-mail ou, uma via impressa, acompanhada de CD-ROM. Os originais não serão devolvidos. Somente o JBT-Jornal Brasileiro de Transplantes poderá autorizar a reprodução em outro periódico, dos artigos nele contidos.

PREPARO DO MANUSCRITO

A página inicial deve conter:

- Título do artigo, em português (ou espanhol) e inglês, sem abreviaturas; que deverá ser conciso, porém informativo;
- Nome de cada autor - sem abreviatura, afiliação institucional e região geográfica (cidade, estado, país);
- Nome, endereço completo, telefone e e-mail do autor responsável;
- Fontes de auxílio à pesquisa, se houver.

RESUMO E ABSTRACT

Para os artigos originais, os resumos devem ser apresentados no formato estruturado, com até 350 palavras destacando: os objetivos, métodos, resultados e conclusões. Para as demais seções, o resumo pode ser informativo, porém devendo constar o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos, as conclusões e suas aplicações.

Abaixo do resumo e abstract, especificar no mínimo três e no máximo dez descritores (keywords), que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

Os resumos em português (ou espanhol) e inglês deverão estar em páginas separadas. Abreviaturas devem ser evitadas.

TEXTO

Iniciando em nova página, o texto deverá obedecer à estrutura exigida para cada tipo de trabalho (vide acima). Com exceção de referências relativas a dados não publicados ou comunicações pessoais, qualquer informação em formato de “notas de rodapé” deverá ser evitada.

AGRADECIMENTOS

Após o texto, em nova página, indicar os agradecimentos às pessoas ou instituições que prestaram colaboração intelectual, auxílio técnico e ou de fomento, e que não figuraram como autor.

REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com números arábicos, sobrescritos, após a pontuação e sem parênteses.

A apresentação deverá estar baseada no formato denominado “Vancouver Style”, conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine e disponibilizados no endereço:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/linkout/journals/jourlists.cgi?typeid=1&type=journals&operation=Show>

Para todas as referências, cite todos os autores até seis. Acima de seis, cite os seis primeiros, seguidos da expressão et al.

Alguns exemplos:

ARTIGOS DE PERIÓDICOS

Donckier V, Loi P, Closset J, Nagy N, Quertinmont E, Lê Moine O, et al. Preconditioning of donors with interleukin-10 reduces hepatic ischemia-reperfusion injury after liver transplantation in pigs. *Transplantation*. 2003;75:902-4.

Papini H, Santana R, Ajzen, H, Ramos, OL, Pestana, JOM. Alterações metabólicas e nutricionais e orientação dietética para pacientes submetidos a transplante renal. *J Bras Nefrol*. 1996;18:356-68.

RESUMOS PUBLICADOS EM PERIÓDICOS

Raia S, Massarollo PCP, Baia CESB, Fernandes AONG, Lallee MP, Bittencourt P et al. Transplante de fígado “repique”: receptores que também são doadores [resumo]. *JBT J Bras Transpl*. 1998;1:222.

LIVROS

Gayotto LCC, Alves VAF. Doenças do fígado e das vias biliares. São Paulo: Atheneu; 2001.

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

CAPÍTULOS DE LIVROS

Raia S, Massarollo PCB. Doação de órgãos. In: Gayotto LCC, Alves VAF, editores. Doenças do fígado e das vias biliares. São Paulo: Atheneu; 2001. p.1113-20.

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

TRABALHOS APRESENTADOS EM EVENTOS

Sokal EM, Cleghorn G, Goulet O, Da Silveira TR, McDiarmid S, Whittington P. Liver and intestinal transplantation in children: Working Group Report

[Presented at 1^o World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition]. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002; 35 Suppl 2:S159-72.

TESES

Couto WJ. Transplante cardíaco e infecção [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2000.

Pestana JOM. Análise de ensaios terapêuticos que convergem para a individualização da imunossupressão no transplante renal [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

Matsuyama M, Yoshimura R, Akioka K, Okamoto M, Ushigome H, Kadotani Y, et al. Tissue factor antisense oligonucleotides prevent renal ischemia reperfusion injury. *Transplantation* [serial online] 2003 [cited 2003 Aug 25];76:786-91. Available from: URL: <http://gateway2.ovid.com/ovidweb.cgi>.

HOMEPAGE

Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [atualizada em 2002 May 16; acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>

PARTE DE UMA HOMEPAGE

American Medical Association [homepage na Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002 [atualizada em 2001 Aug 23; acesso em 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>

Obs: Dados não publicados, comunicações pessoais, deverão constar apenas em “notas de rodapé”. Trabalhos enviados para a revista devem ser citados como trabalhos no “prelo”, desde que tenham sido aceitos para publicação. Deverão constar na lista de Referências, com a informação: [no prelo] no final da referência, ou [in press] se a referência for internacional.

TABELAS, FIGURAS, E ABREVIATURAS

Tabelas

Devem ser confeccionadas com espaço duplo. A numeração deve ser seqüencial, em algarismos arábicos, na ordem que foram citadas no texto. Devem ter título, sem abreviatura, e cabeçalho para todas as colunas. No rodapé da tabela deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados. Devem ser delimitadas, no alto e embaixo por traços horizontais; não devem ser delimitadas por traços verticais externos e o cabeçalho deve ser delimitado por traço horizontal. Legendas devem ser acompanhadas de seu significado. No máximo, quatro tabelas deverão ser enviadas.

Figuras (gráficos, fotografias, ilustrações)

As figuras devem ser enviadas no formato JPG ou TIF, com resolução de 300dpi, no mínimo. Ilustrações extraídas de outras publicações deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor, constando na legenda da ilustração a fonte de onde foi publicada. As figuras deverão ser enviadas em branco e preto.

Abreviaturas e Siglas

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez. Nas legendas das tabelas e figuras, devem ser acompanhadas de seu significado. Não devem ser usadas no título.

ENVIO DO MANUSCRITO

Os trabalhos devem ser enviados através do e-mail: abto@abto.org.br