

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC

CURSO DE ENFERMAGEM

CAROLINE APARECIDA CREPALDI

**DO DIAGNÓSTICO AO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS: ABORDAGEM DA
FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DA COMISSÃO HOSPITALAR DE
TRANSPLANTES**

CRICIÚMA

2026

CAROLINE APARECIDA CREPALDI

**DO DIAGNÓSTICO AO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS: ABORDAGEM DA
FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DA COMISSÃO HOSPITALAR DE
TRANSPLANTES**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado
para obtenção do grau de bacharel no curso de
Enfermagem da Universidade do Extremo Sul
Catarinense, UNESC.

Orientadora: Prof.^a Me. Rita Maria Lindemann

CRICIÚMA

2026

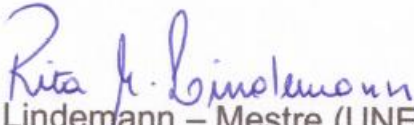
CAROLINE APARECIDA CREPALDI

**DO DIAGNÓSTICO AO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS: ABORDAGEM DA
FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DA COMISSÃO HOSPITALAR DE
TRANSPLANTES**

Trabalho de Conclusão de Curso, aprovado pela
Banca Examinadora para obtenção do grau de
bacharel, no Curso de Enfermagem da
Universidade do Extremo Sul Catarinense,
UNESC.

Criciúma, 30 de junho de 2026

BANCA EXAMINADORA


Prof. Rita Maria Lindemann – Mestre (UNESC) – Orientadora


Prof. Paula Ioppi Zugno – Mestre (UNESC)


Prof. Denise Maccarini Tereza – Doutora (UNESC)

Dedico este trabalho a todos que estiveram ao meu lado durante esta caminhada. À minha família, ao meu noivo e especialmente aos meus pais, que foram meu alicerce nos momentos mais difíceis. Esta conquista também é de vocês.

AGRADECIMENTOS

A jornada até a conclusão deste trabalho foi marcada por desafios, aprendizados, renúncias e crescimento. Por isso, não poderia deixar de expressar minha gratidão a todos que, de alguma forma, contribuíram para que este momento se tornasse possível.

Primeiramente, agradeço a Deus e à Nossa Senhora por me concederem fé, força e coragem nos momentos mais difíceis, guiando meus passos, renovando minhas esperanças e amparando-me ao longo desta trajetória.

Aos meus pais, minha eterna gratidão pela educação, pelos valores e pelo amor incondicional. Obrigada por cada incentivo, oração e esforço dedicado para que eu pudesse alcançar meus objetivos. Se hoje alcanço esta conquista, é porque tive vocês como meu alicerce em todos os momentos da minha vida.

Ao meu noivo, meu companheiro de vida, agradeço pelo amor, apoio, paciência, compreensão e por acreditar em mim até mesmo quando duvidei da minha própria capacidade. Sua presença foi essencial para que eu chegasse até aqui.

À minha amiga Julia Peixer Losso, minha dupla e companheira nesta trajetória, agradeço pela amizade, parceria, apoio e por compartilhar comigo os desafios, aprendizados, conquistas e tantos outros momentos que marcaram nossa formação. Obrigada por tornar essa caminhada mais leve e especial.

Aos meus familiares e amigos, agradeço pelo carinho, pelas palavras de incentivo, pelas orações e pela compreensão diante das ausências e dos desafios enfrentados ao longo dessa jornada.

À minha orientadora, Professora Rita Maria Lindemann, agradeço pela dedicação, acolhimento, paciência e pelos ensinamentos compartilhados. Sua orientação foi fundamental para a construção deste trabalho e para o meu crescimento acadêmico e profissional.

Às professoras Denise Maccarini Tereza e Paula Ioppi Zugno, agradeço por aceitarem o convite para compor a banca examinadora e por contribuírem com suas experiências, conhecimentos e considerações neste momento tão importante da minha formação.

Aos professores do Curso de Enfermagem, minha sincera gratidão pelos conhecimentos compartilhados e pela contribuição para minha formação profissional e humana.

À Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), à instituição hospitalar, à equipe da Comissão Hospitalar de Transplantes e à Dra. Marina do Canto, agradeço pelo acolhimento, apoio e pela oportunidade de aprendizado e desenvolvimento que tornaram este trabalho possível.

Por fim, agradeço a todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte desta caminhada e contribuíram para a concretização deste sonho. Esta conquista representa não apenas o encerramento de uma importante etapa acadêmica, mas também o resultado de anos de dedicação, perseverança e do apoio inestimável de pessoas especiais.

A todos, minha eterna gratidão.

“As atitudes dos profissionais de saúde mudarão quando descobrirem o enorme potencial dos doentes e de suas famílias em aceitar uma situação irremediável, se for realizada com honestidade e competência, e o profissional tiver dedicado todo o tempo necessário para explicar adequadamente os detalhes oportunos”.

Augusto León

RESUMO

Introdução: O transplante de órgãos representa um importante avanço da medicina moderna e uma possibilidade de tratamento para pacientes que aguardam por um órgão. No entanto, apesar dos avanços no sistema de transplantes, a recusa familiar ainda constitui um dos principais desafios para a efetivação da doação. Nesse contexto, a abordagem familiar realizada pela Comissão Hospitalar de Transplantes (CHT) torna-se essencial, pois envolve comunicação clara, acolhimento humanizado e preparo técnico e emocional dos profissionais diante do diagnóstico de morte encefálica. **Objetivo:** Conhecer o processo de abordagem familiar conduzido pela Comissão Hospitalar de Transplantes (CHT) durante a abertura do protocolo de morte encefálica, analisando as experiências, percepções e desafios enfrentados pelos profissionais envolvidos. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvido em um hospital de grande porte no sul de Santa Catarina, envolvendo integrantes atuais e ex-integrantes da CHT. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, possibilitando a análise das vivências e significados atribuídos pelos participantes à sua prática profissional. **Resultados e Discussão:** Os resultados evidenciaram que a abordagem familiar é um processo complexo, permeado por desafios emocionais, comunicacionais e estruturais. Destacaram-se como fatores que favorecem a aceitação da doação, a comunicação clara e acolhedora, a compreensão da morte encefálica pelos familiares, o atendimento de qualidade e a atuação integrada da equipe multiprofissional. Por outro lado, a falta de conhecimento sobre o tema, crenças culturais e religiosas e dificuldades no entendimento do diagnóstico de morte encefálica foram apontadas como fatores associados à recusa familiar. **Considerações Finais:** A qualificação contínua dos profissionais, associada ao fortalecimento das estratégias de comunicação e acolhimento, contribui para a condução ética e humanizada da entrevista familiar, favorecendo a tomada de decisão consciente e podendo reduzir os índices de recusa à doação de órgãos.

Palavras-chave: doação de órgãos. entrevista familiar. abordagem familiar. comissão hospitalar de transplantes. morte encefálica.

ABSTRACT

Introduction: Organ transplantation represents a major advancement in modern medicine and offers a treatment opportunity for patients awaiting an organ. However, despite advances in the transplantation system, family refusal remains one of the main challenges to the effectiveness of organ donation. In this context, the family approach conducted by the Hospital Transplant Committee (HTC) becomes essential, as it involves clear communication, humanized care, and the technical and emotional preparedness of professionals facing the diagnosis of brain death. **Objective:** To understand the family approach process conducted by the Hospital Transplant Committee during the initiation of the brain death protocol, analyzing the experiences, perceptions, and challenges faced by the professionals involved. **Methodology:** This was a qualitative, descriptive, and exploratory study conducted in a large hospital in southern Santa Catarina, Brazil, involving current and former members of the HTC. Data were collected through semi-structured interviews, allowing the analysis of the participants' experiences and the meanings attributed to their professional practice. **Results and Discussion:** The results showed that the family approach is a complex process, permeated by emotional, communicational, and structural challenges. Factors that favored acceptance of organ donation included clear and welcoming communication, family understanding of brain death, quality care, and the integrated performance of the multidisciplinary team. On the other hand, lack of knowledge about the subject, cultural and religious beliefs, and difficulties in understanding the diagnosis of brain death were identified as factors associated with family refusal. **Final Considerations:** Continuous professional qualification, combined with strengthened communication and welcoming strategies, contributes to the ethical and humanized conduct of the family interview, promoting informed decision-making and potentially reducing rates of refusal for organ donation.

Keywords: organ donation. family interview. family approach. Hospital Transplant Committee. brain death.

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	38
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ASD	Angiografia Cerebral por Subtração Digital
AVE	Acidente Vascular Encefálico
AVEi	Acidente Vascular Encefálico Isquêmico
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CHT	Comissão Hospitalar de Transplantes
CIHDOTT	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
CNCDO	Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DAVP	Deficiência de Arginina Vasopressina
DOAVP	Desmopressina
FiO ₂	Fração Inspirada de Oxigênio
GODT	Gestão Organizacional do Processo de Doação e Transplante
HSE	Hospital dos Servidores do Estado
IML	Instituto Médico Legal
ME	Morte Encefálica
O ₂	Oxigênio
OPO	Organização de Procura de Órgãos
PA	Pressão Arterial
PaCO ₂	Pressão Parcial de Dióxido de Carbono
PAM	Pressão Arterial Média
PaO ₂	Pressão Parcial de Oxigênio
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PD	Potencial Doador
PEEP	Pressão Positiva Expiratória Final
PNA-CNCDO	Plano Nacional de Apoio às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
PNIDOT	Programa Nacional de Incentivo à Doação de Órgãos e Tecidos
SaO ₂	Saturação Arterial de Oxigênio

SC	Santa Catarina
SNC	Sistema Nervoso Central
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SPIKES	Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions e Strategy/Summar
SpO2	Saturação Periférica de Oxigênio
SPECT	Tomografia Computadorizada por Emissão de Fóton Único
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
VC	Volume Corrente

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
1.1	JUSTIFICATIVA	12
1.2	PROBLEMA DA PESQUISA	13
1.3	PRESSUPOSTOS	13
2.	OBJETIVOS	15
2.1	OBJETIVO GERAL	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3.	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	MORTE ENCEFÁLICA	16
3.2	COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	18
3.3	ABORDAGEM FAMILIAR	19
3.4	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO	20
3.5	ETAPAS DO PROCESSO DE DOAÇÃO E TRANSPLANTES.....	21
3.5.1	Identificação e validação do potencial doador.....	21
3.5.2	Manutenção do potencial doador.....	23
3.5.3	Procedimentos para determinação de ME.....	25
3.5.4	Acolhimento e Entrevista familiar	27
3.5.5	Oferta da doação de órgãos.....	28
3.6	TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS	29
4.	METODOLOGIA.....	32
4.1	TIPO DE ESTUDO	32
4.2	LOCAL DO ESTUDO	32
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	32
4.3.1	Critérios de Inclusão.....	33
4.3.2	Critério de Exclusão	33
4.4	COLETA DE DADOS	33
4.5	ANÁLISE DE DADOS	34
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	35
4.7	DECLARAÇÃO DE USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL.....	36
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
5.1	PERFIL DOS PROFISSIONAIS DA PESQUISA	37
	CATEGORIA 1 – ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NAS ENTREVISTAS	38

CATEGORIA 2 – FATORES QUE INFLUENCIAM NA DECISÃO DA FAMÍLIA FRENTE A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS.....	43
CATEGORIA 3 – RELATO DAS EXPERIÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DA COMISSÃO HOSPITALAR DE TRANSPLANTES.....	48
CATEGORIA 4 – PRINCIPAIS MOTIVAÇÕES E RESISTÊNCIAS NA ENTREVISTA FAMILIAR	51
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICES	65
APÊNDICE A – ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS	65
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	67
ANEXO	71
ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP.....	71

1. INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos configura-se como um dos maiores avanços da medicina moderna. No Brasil, os primeiros procedimentos ocorreram em meados da década de 1960 e, desde então, observa-se o constante aprimoramento das técnicas cirúrgicas e o crescimento progressivo das taxas de sucesso dos transplantes realizados. No entanto, a demanda por órgãos ainda supera a oferta disponível, e a desigualdade entre o número de potenciais e efetivos doadores permanece expressiva, agravada pela alta taxa de recusa familiar (Tardelli et al., 2024).

Em decorrência da baixa aceitação familiar quanto à doação de órgãos, foi promulgada a Lei nº 14.722, em 8 de novembro de 2023, que institui o Programa Nacional de Incentivo à Doação de Órgãos e Tecidos (PNIDOT). Essa legislação tem como objetivo promover ações de conscientização e incentivo à doação, contribuindo para o aumento no número de doadores e para a sensibilização da população sobre a relevância social e humanitária da doação de órgãos e tecidos (Brasil, 2023).

Apesar dos desafios, o Brasil ocupa a segunda posição mundial em número de transplantes realizados, sendo o único país a contar com um sistema público de saúde capaz de garantir integralmente o acesso a esses procedimentos. O processo é coordenado pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT), que integra e operacionaliza a captação, distribuição e monitoramento dos órgãos em âmbito nacional (Trigueiro et al., 2020). Dessa forma, o sistema reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando a universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços de saúde (Tardelli et al., 2024).

Conforme dados do Observatório Global sobre Doação e Transplante (Global Observatory on Donation and Transplantation – GODT), em 2025 foram realizados 173.727 transplantes de órgãos em todo o mundo, o que equivale a uma média de 475 transplantes por dia e aproximadamente 19 por hora. Dentre os órgãos transplantados, o rim ocupa a primeira posição, com 110.467 procedimentos realizados, seguindo pelo fígado, com 42.497 transplantes. Do total de transplantes realizados, 33.814 correspondem a doadores com diagnóstico confirmado de morte encefálica (Transplant Observatory, 2026).

A evolução das práticas de doação de órgãos está diretamente relacionada ao incentivo e à sensibilização da população, bem como à implementação de políticas

públicas eficazes e à capacitação continuada dos profissionais de saúde. Esses profissionais desempenham papel essencial durante a abordagem familiar de pacientes com diagnóstico de morte encefálica, nas instituições hospitalares, sendo responsáveis por promover um processo comunicativo humanizado e ético, capaz de favorecer a aceitação da doação e fortalecer a confiança das famílias (Fagundes *et al.*, 2025).

Com isso, as instituições de saúde passam a criar, nessa perspectiva, equipes específicas, como as Comissões Hospitalares de Transplantes (CHT), com o propósito de fortalecer as ações relacionadas à doação, captação e transplante de órgãos e tecidos. Nesse contexto, a comissão é composta por profissionais de diferentes áreas da saúde, entre eles o enfermeiro, que desempenha papel fundamental ao gerenciar o processo de doação, promover ações de educação permanente, realizar a busca ativa de potenciais doadores e, principalmente, conduzir a abordagem junto aos familiares de pacientes com diagnóstico de morte encefálica (Dos Santos *et al.*, 2021)

No processo de abordagem familiar, etapa fundamental da doação de órgãos, ocorre a manifestação da decisão sobre a doação, a qual é influenciada por fatores emocionais, culturais e religiosos. Dessa forma, a qualidade da comunicação estabelecida entre a equipe de saúde e a família é essencial para que o entendimento da condição clínica seja efetivo e ocorra de maneira sensível e humanizada. Quando conduzida de forma adequada, essa abordagem pode reduzir significativamente as taxas de recusa familiar (Fontenelle *et al.*, 2023).

Diante desse contexto, torna-se relevante compreender as experiências e percepções dos profissionais que atuam na Comissão Hospitalar de Transplantes durante o processo de abordagem familiar, considerando os desafios e estratégias envolvidos na condução da entrevista familiar e na tomada de decisão acerca da doação de órgãos e tecidos.

1.1 Justificativa

A elevada taxa de recusa familiar ainda representa um dos principais desafios para a efetivação da doação de órgãos no Brasil. Nesse contexto, torna-se imprescindível o desenvolvimento de ações que auxiliem a população a compreender

a importância da doação de órgãos e tecidos, bem como o fortalecimento das estratégias de acolhimento e comunicação junto às famílias.

Durante o protocolo de morte encefálica, a equipe da Comissão Hospitalar de Transplantes (CHT) exerce papel fundamental na abordagem familiar, devendo estar tecnicamente capacitada e emocionalmente preparada para oferecer acolhimento em um momento de grande fragilidade vivenciado pelos familiares, uma vez que a decisão final sobre a doação é de responsabilidade da família, ainda que o paciente tenha mencionado em vida o desejo de ser doador (Ribeiro *et al.*, 2020).

Dessa forma, torna-se relevante compreender as experiências e percepções dos profissionais que atuam na Comissão Hospitalar de Transplantes, identificando potencialidades, desafios e fragilidades que permeiam esse processo. Assim, este estudo justifica-se pela importância da atuação desses profissionais no processo de abordagem familiar, contribuindo para o fortalecimento das práticas de comunicação, acolhimento e qualificação profissional, com potencial impacto na efetivação da doação de órgãos e tecidos.

1.2 Problema da pesquisa

Como ocorre o processo de abordagem realizado pela equipe da Comissão Hospitalar de Transplantes (CHT), abrangendo desde o diagnóstico e abertura do protocolo de morte encefálica até a manifestação da decisão dos familiares sobre a doação de órgãos?

1.3 Pressupostos

- a. A utilização de uma abordagem clara, empática e humanizada pela equipe da CHT influencia positivamente a decisão da família quanto a doação de órgãos, enquanto a ausência de empatia ou o desconhecimento acerca do protocolo de morte encefálica por parte dos profissionais podem contribuir para a resistência familiar;
- b. Fatores culturais, religiosos e o tempo disponível entre o diagnóstico e a decisão familiar impactam diretamente na aceitação ou recusa da doação de órgãos;

- c. A atuação da CHT em consonância com as normativas vigentes fortalece a confiança da família no processo de doação, destacando a importância de capacitações constantes da equipe;
- d. A resposta positiva da família no aceite para captação de órgãos costuma ser favorável quando o paciente expressa esse sentimento em vida.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer o processo de abordagem e entrevista realizada com familiares de pacientes em morte encefálica pela equipe da Comissão Hospitalar de Transplante (CHT) em um hospital de grande porte no extremo sul de Santa Catarina.

2.2 Objetivos específicos

- a. Identificar as principais estratégias de comunicação utilizadas pela equipe durante a entrevista;
- b. Conhecer os fatores que influenciam a aceitação ou a negativa da família em relação à doação de órgãos;
- c. Explorar as experiências vivenciadas pelos profissionais atuais e ex-integrantes da Comissão Hospitalar de Transplantes (CHT);
- d. Levantar as principais motivações e resistências encontradas durante a abordagem dos familiares;

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Morte Encefálica

O conceito de morte encefálica começou a ser discutido em 1959 por um grupo de neurofisiologistas e neurocirurgiões, que a denominaram de “morte do sistema nervoso”. Posteriormente, em 1968, a Escola Médica de Harvard, por meio de um relatório elaborado por um do comitê *ad hoc*, estabeleceu os critérios para o diagnóstico de morte encefálica. No Brasil, esses critérios foram definidos em 1997 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) (Paraná, 2023).

Assim, a morte encefálica é caracterizada como a perda completa e irreversível das funções do encéfalo, abrangendo tanto o córtex cerebral quanto o tronco encefálico, responsável pelo controle de funções vitais, como a respiração e a pressão arterial (Duarte, 2009). Essa condição configura o óbito e deve ser investigada diante de sinais persistentes, como coma não responsivo, ausência de reflexos espinhais e apneia contínua (Brasil, 2017).

Além disso, a investigação deve atender à critérios pré-estabelecidos, como a presença de uma lesão encefálica diagnosticada, irreversível e capaz de levar a morte encefálica; ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico; permanência sob cuidados da equipe atual por, no mínimo seis horas; e manutenção dos sinais vitais conforme os parâmetros determinados (Brasil, 2017).

Nesse sentido, para a determinação da morte encefálica, é necessário seguir o Protocolo de Morte Encefálica, estabelecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), conforme a Resolução nº 2.173/2017, que define os critérios clínicos e complementares indispensáveis para o diagnóstico e confirmação dessa condição. Além disso, os exames clínicos devem ser realizados por dois médicos distintos, devidamente capacitados, com, no mínimo, um ano de experiência no atendimento de pacientes em coma e participação prévia em, pelo menos dez diagnósticos de morte encefálica (Brasil, 2017).

Sendo assim, a determinação da morte encefálica requer a realização de três procedimentos: dois exames clínicos que confirmem o coma não perceptivo e a ausência de função do tronco encefálico; o teste de apneia, que deverá evidenciar ausência de movimentos respiratórios mesmo após estimulação máxima; e um exame complementar que comprove, de forma incontestável, a ausência de atividade

encefálica, seja pela perfusão sanguínea, atividade metabólica ou elétrica encefálica. Além disso, o exame clínico deve demonstrar a ausência de reatividade supra espinhal (Brasil, 2017).

Atualmente, no Brasil, alguns tipos exames podem ser utilizados para realizar o diagnóstico por meio do exame complementar, podendo ser a Angiografia Cerebral por Subtração Digital (ASD), a Ultrassonografia Doppler Transcraniana, Tomografia Computadorizada por Emissão de Fóton Único (SPECT) cerebral e a Eletroencefalografia. Entretanto, em outros países, a Angio-TC é amplamente disponível, e é comumente utilizada e tem sido reconhecida com exame complementar para diagnóstico de ME (Corrêa *et al.*, 2022).

Conforme dados divulgados pelo SC Transplantes, vinculado ao Governo do Estado de Santa Catarina, no período de janeiro a dezembro de 2025, foram registradas 804 notificações de morte encefálica. Observa-se predominância de doadores na faixa etária de 50 e 64 anos, com 116 doações, seguida pelos grupos de 35 a 49 anos (81 doadores), 65 a 79 anos (73 doadores) e de 18 a 34 anos (66 doadores). Entre as principais causas de morte encefálica no estado destacam-se o Acidente Vascular Encefálico (AVE) hemorrágico, seguido pelo Traumatismo Cranioencefálico (TCE), AVE isquêmico e encefalopatia hipóxico-isquêmica, além de outras causas menos frequentes (Santa Catarina, 2025).

Do total de notificações, 351 resultaram em doações efetivadas, correspondendo a 43,66%. Entre os casos não efetivados, 173 casos, ocorreram por negativa familiar, 155 por contraindicação clínica, 56 evoluíram para parada cardiorrespiratória (PCR) e 69 foram excluídos por outros motivos. Entre os doadores efetivos, 214 eram do sexo masculino e 138 do sexo feminino (Santa Catarina, 2025).

No ano de 2026, considerando o período de janeiro a fevereiro, foram registradas 138 notificações de morte encefálica. Mantém-se a predominância da faixa etária de 50 e 64 anos, com 25 doações, seguida pelas faixas de 65 a 79 anos (18 doadores), 35 a 49 anos (12 doadores), 18 a 34 anos (8 doadores) e de 11 a 17 anos (3 doadores). As principais causas permanecem semelhantes, com destaque para o AVE hemorrágico, seguido pelo TCE, AVE isquêmico, encefalopatia hipóxico-isquêmica e tumor do Sistema Nervoso Central (SNC), além de outras causas menos frequentes (Santa Catarina, 2026).

Das 138 notificações registradas em 2026, 66 resultaram em doações efetivadas, correspondendo a 47,83%. Entre os casos não efetivos, 38 casos não

houve a autorização familiar para a doação; 10 apresentaram contraindicação clínica; 12 por evolução para PCR; e 12 foram excluídos por outros motivos. Entre os doadores efetivos, contabilizaram-se 43 do sexo masculino e 23 do sexo feminino (Santa Catarina, 2026).

3.2 Comunicação de más notícias

A comunicação de más notícias é, geralmente, captada e encarada de forma negativa pelo ouvinte, pois envolve prognósticos desfavoráveis, agravamento do quadro clínico e, em muitos casos, o óbito. Trata-se, portanto, de uma tarefa desafiadora para a equipe responsável por transmiti-la, seja ao próprio paciente ou para seus familiares. Além de comunicar, é necessário acolher e estar preparado para lidar com o impacto emocional vivenciado por quem recebe a notícia, bem como com a dor, o sofrimento e, muitas vezes, o desespero do paciente e de seus entes queridos (Souza *et al.*, 2025).

Diante desse cenário, foram desenvolvidos protocolos que visam orientar a realização dessa comunicação de forma mais didática e sensível, pois trata-se de uma prática que vai além da técnica: envolve humanização, empatia, paciência e, principalmente, vínculo e acolhimento. (Ribeiro *et al.*, 2021).

Nesse contexto, um dos protocolos mais utilizados é o SPIKES, que propõe seis etapas para realizar a comunicação de más notícias, garantindo que o processo ocorra em um ambiente calmo e reservado. O protocolo orienta que o profissional questione o paciente e/ou familiar sobre sua percepção em relação à situação clínica, a fim de identificar possíveis discrepâncias entre a expectativa e realidade; investigue o interesse do paciente em receber todas as informações sobre seu quadro clínico; realize a comunicação utilizando uma linguagem clara e acessível; reconheça e valide as emoções de quem está recebendo a notícia (Gesser *et al.*, 2021).

Diante disso, pode-se ser utilizado o método “resposta empática”, que propõe uma conduta afetiva dividida em três etapas: (1) ouvir e identificar as emoções; (2) observar a ligação entre a emoção e motivo desencadeador; e (3) abrir um espaço para que essas emoções sejam expressas, demonstrando sensibilidade diante da situação. Por fim, recomenda-se fazer um breve resumo do que foi comunicado, com o objetivo de discutir as estratégias futuras a serem adotadas (Gesser *et al.*, 2021).

Entretanto, é fundamental que o ouvinte se sinta acolhido e compreendido, de modo que a comunicação seja efetiva e promova a satisfação do usuário. Por vezes, a ausência de recursos como treinamentos e capacitações específicas compromete significativamente a transmissão de más notícias, uma vez que o profissional deve utilizar habilidades de linguagem tanto verbal quanto não verbal. Quando isso ocorre, o vínculo e os laços da relação com o paciente e seus familiares podem ser fragilizados. Torna-se, portanto, imprescindível promover um cuidado humanizado e empático, fortalecendo a relação de confiança entre a família e a equipe assistencial (Gesser *et al.*, 2021).

3.3 Abordagem familiar

A abordagem eficaz contribui para o aumento do número de transplantes de órgãos realizados, no entanto, a quantidade de procedimentos ainda é significativamente inferior ao número de indivíduos que aguardam na fila por um transplante, o que direciona o olhar das autoridades e dos profissionais de saúde para a busca de métodos de abordagens mais confiáveis, além de incentivar a capacitação dos profissionais e a disseminação de informações a população (Dias; Bezerra; Bezerra, 2025). Sendo assim, é importante que a família tenha conhecimento do desejo de doação de seus entes queridos, compreendendo o impacto positivo que esse ato pode exercer na vida de tantas outras pessoas (Moraes *et al.*, 2025).

Atualmente, a morte encefálica ainda é pouco compreendida pela sociedade. A carência de conhecimento e de informações adequadas torna a abordagem junto às famílias mais desafiadora, dificultando a efetivação da doação de órgãos e elevando os índices de recusa familiar. Nesse contexto, é essencial considerar aspectos culturais e espirituais, bem como a dor, o medo, a vulnerabilidade e a sensibilidade presentes nesse momento. Esses fatores demandam da equipe uma postura empática e respeitosa, que, quando ausente, pode tornar-se mais um fator determinante para a negativa familiar (Fontenele *et al.*, 2023).

A abordagem da família para a doação de órgãos permeia por diversos dilemas éticos, entre eles o despreparo técnico e emocional dos profissionais responsáveis pela entrevista dos familiares do potencial doador em morte encefálica. Uma pesquisa realizada com as famílias abordadas evidenciou um déficit de empatia por parte desses profissionais, fator que contribuiu para a negativa à doação (Dias; Bezerra; Bezerra, 2025).

Por outro lado, outra justificativa expressada pelas famílias inclui a manifestação prévia sobre o desejo de não ser doador em algum momento da vida. Além disso, pode envolver a ausência do consenso familiar quanto a doação de órgãos, a qual deve ser unânime conforme estabelecido pela Lei nº 10.211/2001. Soma-se ainda o desejo da família de manter a integridade do corpo, bem como o tempo para a espera para a liberação do corpo após o processo de captação de órgãos (Batista *et al.*, 2024). Neste cenário, é importante respeitar o intervalo entre necessário entre a comunicação do óbito e a abordagem para doação de órgãos, além de garantir um período para que a família assimile as informações transmitidas (Knhis *et al.*, 2021).

3.4 Atuação do enfermeiro

No contexto de morte encefálica e das Comissões Hospitalares de Transplantes (CHT), a atuação do enfermeiro destaca-se em todas as etapas do processo, desde o diagnóstico até a efetivação do transplante. Esse profissional exerce papel fundamental na abordagem e no acolhimento da família, além de articular e gerenciar os processos burocráticos, promover ações educativas, treinamentos e capacitação da equipe multiprofissional. Assim, o enfermeiro é reconhecido como referência no contexto da doação e transplante de órgãos (Dos Santos *et al.*, 2021).

A Comissão Intra - Hospitalar de Transplantes de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT) – atualmente denominada Comissão Hospitalar de Transplantes (CHT) – tem o enfermeiro como um de seus principais integrantes, responsável por acompanhar todo o processo, desde o acolhimento familiar até a entrega do corpo após a captação. Entre suas atribuições destacam-se: a realização de entrevistas com famílias, a busca ativa de potenciais doadores, a manutenção clínica do doador, o acompanhamento durante a captação, o acondicionamento e reconstituição do corpo, bem como a entrega à família e a gestão das questões burocráticas relacionadas ao transplante (Evaldt *et al.*, 2022).

Destaca-se ainda a relevância social e ética da doação de órgãos, expressão de solidariedade e empatia, que visa salvar vidas e ampliar a expectativa de vida de pessoas que aguardam na lista de espera por transplantes. Nesse cenário, a Comissão Hospitalar de Transplantes e a equipe multiprofissional têm o dever de

cumprir a legislação vigente e observar os princípios éticos que norteiam o processo, garantindo a segurança, transparência e efetividade em todas as etapas da doação e do transplante de órgãos (Evaldt *et al.*, 2022).

A atuação do enfermeiro na Comissão Hospitalar de Transplantes é regulamentada pela Resolução COFEN nº 710/2022, a qual estabelece diretrizes e competências específicas para o profissional no processo de doação, captação e transplante de órgãos. Essa normativa tem como finalidade assegurar a qualidade, a segurança e a conformidade ética e legal das práticas assistenciais envolvidas em todo o processo (Brasil, 2022).

Dessa forma, o cuidado biopsicossocial na atuação profissional, especialmente durante a abordagem à família, amplia o olhar sobre os diversos fatores que envolvem o processo de doação. Esse cuidado reconhece a importância da família como elemento central, uma vez que é essencial garantir sua compreensão e acolhimento, etapa considerada fundamental para o sucesso do processo de doação (Trindade *et al.*, 2022).

3.5 Etapas do processo de doação e transplantes

3.5.1 Identificação e validação do potencial doador

A busca ativa e os gatilhos de notificação, caracterizam a primeira fase para a identificação de um potencial doador, devendo ser realizada, no mínimo, duas vezes ao dia por coordenadores da CHT em unidades críticas, como Unidade de Terapia Intensiva e Pronto Socorro. Nessa fase, são observados pacientes neuro críticos que apresentam quadro clínico sugestivo de Morte Encefálica (ME), estando em ventilação mecânica invasiva, com lesão encefálica catastrófica e irreversível, Escala de Coma de Glasgow igual a 3 e ausência de um ou mais reflexos de tronco encefálico (Sanches *et al.*, 2026; Westphal *et al.*, 2016).

Ainda nessa fase deve-se realizar a interrupção diária da sedação, quando possível e na presença de estabilidade clínica do paciente, a fim de propiciar a avaliação neurológica. Para isso, é necessário aguardar o tempo de ação de cada droga depressora do SNC após a interrupção da infusão de continua. Por exemplo, para Midazolam, Fentanil e Propofol recomenda-se aguardar cerca de 10 horas; para Atracúrio, 1 hora e 40 minutos; Rocurônio, 5 horas; Cisatracúrio, 1 hora e 50 minutos;

e Cetamina, 12 horas e 30 minutos, entre outras drogas não citadas. Quando administrados em dose única, esses tempos tendem a ser menores, de modo geral, recomenda-se aguardar de quatro a cinco vezes a meia-vida do medicamento após a suspensão. Ademais, todos os potenciais doadores devem ser previamente notificados à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CNCDO) (Sanches et al., 2026; Westphal et al., 2016).

Dessa maneira, para a identificação do potencial doador, é necessário que o paciente atenda a alguns pré-requisitos, possibilitando a abertura do protocolo de ME. Dentre esses, destacam-se a presença de lesão encefálica com etiologia conhecida e irreversível, capaz de causar morte encefálica, como nos casos de doenças cerebrovasculares, a exemplo do Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEi), hemorragia do tronco cerebral e hemorragia subaracnoide; de origem traumática, como hematoma epidural ou subdural, edema encefálico, hipertensão intracraniana e lesão axonal difusa. (Pinheiro, 2022).

Ademais, o paciente deve apresentar ausência de causas reversíveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica, como uso de drogas depressoras do sistema nervoso central (SNC), distúrbios metabólicos, hipotermia grave, hipotensão grave, drogas ou doenças capazes de causar paralisia motora, por exemplo. Outrossim, é necessário que esteja sem infusão de drogas sedativas e bloqueadores neuromusculares, apresentando coma aperceptivo, caracterizado por escore 3 na Escala de Coma de Glasgow, ou seja, estado de inconsciência. Além disso, deve permanecer em observação em ambiente hospitalar por, no mínimo, seis horas, exceto nos casos de encefalopatia hipóxico-isquêmica após parada cardiorrespiratória ou hipotermia submetida ao reaquecimento; nessas situações, o tempo de observação e tratamento deve ser de, no mínimo, 24 horas (Westphal et al., 2016; Santa Catarina, 2023).

Outros pré-requisitos a serem observados referem-se aos sinais vitais, com enfoque na temperatura corporal. Esta deve ser aferida por via esofágica ou retal para a obtenção da temperatura central, que deverá estar superior a 35°C. Além disso, a saturação periférica de oxigênio (SpO₂) deve ser mantida acima de 94%, assim como os níveis de Pressão Arterial (PA) para pacientes acima de 16 anos, devem apresentar valores maiores ou iguais a 100 x 65mmHg (Brasil, 2017; Santa Catarina, 2023).

Todavia, algumas condições configuram contraindicações que culminam em risco sistêmico e comprometimento da viabilidade dos órgãos, especialmente em

casos infecciosos, por vezes considerados absolutos, como HIV positivo, HTLV I e II, sepse não controlada, uso de doses crescentes de drogas vasopressoras, além de tuberculose em atividade, malária, raiva, dengue em fase aguda e infecções fúngicas invasivas (Westphal *et al.*, 2016).

Outrora, algumas patologias apresentam risco expandido e requerem manejo específico, como nos casos de hepatite B e C, em que o transplante pode ser realizado desde que o receptor ser portador da doença ou esteja imunizado mediante a profilaxia adequada. Da mesma forma, a sepse controlada pode ser aceita quando o potencial doador estiver em antibioticoterapia eficaz há mais de 48 horas, sendo necessário, ainda, que o receptor permaneça em uso de antibióticos por sete dias após o transplante. Ademais, doença de Chagas e sífilis também não configuram contraindicações absolutas, desde que seja possível realizar o tratamento e o monitoramento adequado do receptor (Westphal *et al.*, 2016).

Entretanto, pode-se ressaltar o risco relacionado ao SNC nos casos de meningoencefalite, condição que culmina em elevado risco de transmissão de agentes infecciosos. Tal suspeita pode ser levantada diante de sinais como febre no início do quadro clínico, alterações em tomografia computadorizada ou ressonância magnética sem causa estrutural evidente, além da presença de imunossupressão no potencial doador. Da mesma forma, patógenos virais, como o vírus da raiva e o vírus do Nilo Ocidental, apresentam risco extremamente elevado de transmissão a partir das encefalites sem diagnóstico definido (Westphal *et al.*, 2016).

Por isso, com o intuito profilático e investigativo, os potenciais doadores devem ser submetidos à coleta de duas amostras de hemoculturas, além de urocultura, visando alcançar a totalidade dos potenciais doadores avaliados (Westphal *et al.*, 2016).

3.5.2 Manutenção do potencial doador

A manutenção do potencial doador tem como objetivo promover o manejo clínico adequado, a fim de evitar a ocorrência de parada cardiorrespiratória (PCR), bem como melhorar a viabilidade dos órgãos para transplante. Nesse contexto, são contemplados o suporte ventilatório, hemodinâmico, endócrino e eletrolítico, além do suporte nutricional, monitoramento de sinais infecciosos e de sepse, controle de

temperatura corporal e avaliação da necessidade de transfusões sanguíneas, visando a estabilidade do potencial doador (Westphal *et al.*, 2021).

Nesse sentido, é fundamental destacar que, em relação ao suporte ventilatório, é necessária a adequação dos parâmetros da ventilação mecânica. Recomenda-se que o volume corrente (VC) seja mantido entre 6 e 8 ml/kg, a pressão positiva ao final da expiração (PEEP) entre 8 a 10 cmH₂O e saturação arterial de oxigênio (SaO₂) superior a 90%. Além disso, devem ser mantidos cuidados ventilatórios, como a higiene das vias aéreas. (Santa Catarina, 2019; Westphal *et al.*, 2021).

No que se refere ao suporte hemodinâmico, recomenda-se que a pressão arterial média (PAM) esteja maior ou igual a 65 mmHg, além de o potencial doador apresentar boa perfusão periférica. Para isso, muitas vezes, é necessária a infusão de solução cristalóide, na proporção de 30mL/kg, visando a um balanço hídrico neutro ou negativo, decorrente da estabilidade hemodinâmica. Além disso pode ser necessária a administração de vasopressores como Noradrenalina, especialmente quando a hipotensão persistir após a infusão de cristalóides, e em situações em que o paciente apresenta bradicardia, administrar Dopamina. Portanto, essas são medidas que previnem uma parada cardiorrespiratória durante a execução do protocolo (Westphal *et al.*, 2021).

Além disso, quanto ao manejo endócrino, eletrolítico e nutricional, o potencial doador (PD) pode apresentar uma condição denominada de deficiência de arginina vasopressina (DAVP), também conhecida como diabetes insípido central, caracterizada pela redução na produção do hormônio vasopressina, resultando em poliúria com diurese diluída em grande quantidade. Nesses casos, recomenda-se iniciar a infusão de vasopressina, associada à noradrenalina ou dopamina, quando houver necessidade de vasopressores. Alternativamente, pode-se administrar apenas desmopressina (DDAVP), utilizada como agente antidiurético, visando manter a diurese em valores inferiores a 4mL/kg/hora. Além disso, pode ser associada a administração de corticosteroides (300mg/dia), como terapia adjuvante aos vasopressores (Átila; Refardt; Christ-Crain, 2024; Westphal *et al.*, 2021).

Com relação à glicemia do PD, esta deve ser mantida entre 140 e 180 mg/dL, com monitorização a cada 6 horas. Ademais, o sódio deve ser mantido abaixo de 155 mEq/L, sendo necessária a correção da hipovolemia quando presente, o potássio deve permanecer entre 3,5 e 5,5 mEq/L, e o magnésio em níveis adequados (preferencialmente acima de 1,6 mEq/L). Nesse contexto, adicionalmente, deve-se

manter o suporte nutricional conforme a tolerância do paciente, bem como instituir antibioticoterapia quando indicada para controle de infecções (Westphal *et al.*, 2021).

Quanto a temperatura, esta deve ser aferida por método central. Em pacientes hemodinamicamente instáveis, recomenda-se mantê-la acima de 35°C, já em pacientes estáveis, pode-se considerar a indução de hipotermia moderada (34 a 35°C). Por fim, a hemoglobina deve ser mantida em valores maiores ou iguais a 7 g/dL (Westphal *et al.*, 2021).

3.5.3 Procedimentos para determinação de ME

3.5.3.1 Exame clínico

A confirmação do coma aperceptivo e da ausência da função de tronco encefálico ocorre por meio da realização do exame clínico. Para a identificação do coma não perceptivo, utiliza-se a Escala de Coma de Glasgow, a qual deve apresentar escore igual a 3, caracterizado pela ausência de abertura ocular, resposta verbal e resposta motora (Elizandro; Do Amarante; Keenan, 2024). Além de realizar a estimulação dolorosa intensiva em região supraorbitária, trapézio e leito ungueal dos quatro membros. Além disso, devem ser avaliados os reflexos do tronco encefálico, como pupilar, córneo-palpebral, óculo-cefálico, vestibulo-ocular e o reflexo de tosse (Caruso; Franke, 2017).

Dessa maneira, o reflexo pupilar deve ser avaliado quanto à ausência de resposta à luz, observando-se pupilas fixas em midríase, dilatadas. O reflexo córneo-palpebral consiste na resposta de defesa, com fechamento das pálpebras, desencadeada pela estimulação da córnea, normalmente realizada por meio da introdução de uma gota de soro fisiológico a 0,9%. Além disso, avalia-se o reflexo óculo-cefálico: com os olhos abertos, realiza-se a rotação da cabeça para os lados, sendo esperado, que os olhos permaneçam fixos, sem acompanhar os movimentos da cabeça (Complexo de Saúde São João de Deus, 2022).

Para o reflexo vestibulo-ocular, é necessário, inicialmente, inspecionar os tímpanos, que devem estar íntegros para a realização do teste. Com a cabeceira do leito elevada e os olhos do paciente abertos, injeta-se 50ml de solução fria no conduto auditivo externo, nesse caso, os olhos devem permanecer fixos durante a observação

por um minuto. Por fim, o reflexo da tosse é avaliado por meio da estimulação da carina na traqueia, com a introdução de uma sonda de aspiração pelo tubo oro traqueal (Complexo de Saúde São João de Deus, 2022).

Conforme a Resolução CFM nº 2.173 de 2017, ressalta-se que o exame clínico deve ser realizado em duas oportunidades, por médicos diferentes, ambos capacitados, com experiência comprovada – seja por acompanhamento de, no mínimo, dez diagnósticos de morte encefálica, seja por atuação de, pelo menos, um ano no atendimento de paciente críticos em coma, ou ainda pela realização de curso de capacitação. Esses profissionais podem ser intensivistas, neurologistas, neurocirurgiões ou emergencistas. O intervalo entre as avaliações é determinado pela idade do paciente: de 7 dias a 2 meses incompletos, 24 horas; de 2 meses a 24 meses incompletos, 12 horas; e acima de 24 meses, 1 hora, como nos casos de adultos (Santa Catarina, 2023).

3.5.3.2 *Teste de apneia*

O teste de apneia constitui um dos exames preconizados no protocolo de morte encefálica. Seu principal objetivo é constatar a ausência de movimentos respiratórios espontâneos após o estímulo máximo dos centros respiratórios, avaliando a última porção do tronco encefálico (Brasil, 2017).

Este teste deve ser realizado após o teste clínico quando positivo, sendo executado por um dos médicos responsáveis pela realização de um dos testes clínicos. Ressalta-se que para a realização do teste, é necessário que a FiO_2 esteja em 100%, que a Pressão Arterial de Dióxido de Carbono (PaCO_2) inicial esteja entre 35 e 45 mmHg e a Pressão Arterial de Oxigênio (PaO_2) atinja valores iguais ou maiores a 200 mmHg, após período de 10 minutos (Brasil, 2017).

Segundo a Resolução CFM nº 2.173 de 2017, a técnica do teste de apneia deve ser realizada da seguinte maneira:

- 1) Ventilação com FiO_2 de 100% por, no mínimo, 10 minutos para atingir idealmente PaO_2 igual ou maior a 200 mmHg e PaCO_2 entre 35 e 45 mmHg); 2) Instalar oxímetro digital e colher gasometria arterial inicial (idealmente por cateterismo arterial); 3) Desconectar ventilação mecânica; 4) Estabelecer fluxo contínuo de O_2 por um cateter intratraqueal ao nível da carina (6 L/min), ou tubo T (12 L/min) ou CPAP (até 12 L/min + até 10 cm H_2O); 5) Observar a presença de qualquer movimento respiratório por oito a dez minutos. Prever elevação da PaCO_2 de 3 mmHg/min em adultos e de 5

mmHg/min em crianças para estimar o tempo de desconexão necessário; 6) Colher gasometria arterial final; 7) Reconectar ventilação mecânica (Brasil, 2017, p. 14).

O exame deve ser realizado com monitorização contínua, durante a realização do exame o paciente deverá apresentar temperatura corporal superior a 35 °C e demais sinais vitais estáveis conforme a determinação do manejo do potencial doador (Brasil, 2017).

3.5.3.3 *Exame complementar de imagem*

O exame complementar tem como finalidade comprovar a ausência de perfusão sanguínea encefálica, bem como atividade metabólica e elétrica do encéfalo. Entre os métodos utilizados, destaca-se o doppler transcraniano, arteriografia cerebral, cintilografia cerebral e o eletroencefalograma. O exame deve ser devidamente laudado e assinado pelo profissional capacitado (Complexo de Saúde São João de Deus, 2022).

Esse exame pode ser realizado em qualquer etapa do protocolo, entretanto, caso o resultado não seja compatível com o diagnóstico de ME, o mesmo deve ser repetido no intervalo de 24 a 48 horas (Complexo de Saúde São João de Deus, 2022).

3.5.4 Acolhimento e Entrevista familiar

A entrevista e o acolhimento familiar devem ser realizados pela equipe assistencial direta do paciente e acompanhados por integrantes da CHT. Por isso, antes da entrevista ou acolhimento familiar, os profissionais devem revisar o quadro clínico do paciente e, em seguida, encaminhar a família a um ambiente privativo, onde todos os presentes, tanto familiares quanto a equipe, possam estar sentados, para que seja realizada a comunicação com os familiares (Santa Catarina, 2023).

Ademais, os familiares convocados à conferência médica devem ser os de primeiro e segundo grau, tais como: esposo(a), companheiro(a), filhos, pais, irmãos, avós e netos, pois são eles que possuem o poder de decisão. Por isso a equipe deve ser apresentada aos familiares, bem como, a equipe também deve identificar os familiares pelo nome e que papéis ocupam na vida do paciente. Nesse primeiro acolhimento, não deve ser mencionada a possibilidade de doação de órgãos, portanto,

realiza-se o esclarecimento e a gravidade do quadro clínico, bem como da lesão, da evolução desfavorável e, conseqüentemente, do risco de morte (Santa Catarina, 2023).

É importante considerar o tempo da família, para que consigam compreender cada etapa do processo, com isso, a equipe deve se colocar à disposição sempre que necessário, mostrando-se abertos a receber todo tipo de sentimento e comportamento, ouvindo e acolhendo com empatia, para que a família possa sentir-se de fato acolhida. Ademais, a cada encontro, deve-se agendar o próximo, no melhor horário para os familiares (Santa Catarina, 2023).

À medida que o protocolo avança, o resultado dos testes e exames devem ser atualizados à família, então a cada novo encontro, é fundamental, validar a compreensão da família sobre o quadro clínico e suas dúvidas, para que todas sejam esclarecidas. Para isso, fazem-se perguntas abertas, a fim de que os familiares possam expressar seu entendimento sobre o processo. Nessa linha de raciocínio, as comunicações devem ser realizadas com linguagem clara, com empatia, mantendo a disposição da equipe para a família (Santa Catarina, 2023).

Com a conclusão do protocolo, com todos os testes positivos para morte encefálica, bem como a liberação logística da Central Estadual de Transplantes (CET), é necessário solicitar o maior número possível de familiares para uma nova conversa com a família, na qual é essencial que se valide a compreensão dos familiares do processo até o presente momento. Por fim, comunica-se o óbito, utilizando palavras como “morte” ou “morreu”, é necessário que se respeite o tempo e a expressão do luto, com o silêncio e apoio, validando as emoções e a compreensão do que foi comunicado. Após esse momento, devem ser tratados dos trâmites funerários e o encaminhamento ao IML (Instituto Médico Legal), se necessário (Santa Catarina, 2023).

3.5.5 Oferta da doação de órgãos

A oferta da doação de órgãos deve ocorrer quando a equipe da CHT avaliar e considerar que seja o momento adequado, ou seja, quando a família estiver emocionalmente estável, após a comunicação da morte, apta a dar continuidade ao processo (Santa Catarina, 2023).

“Só fale da doação quando o contexto emocional permitir; concentre-se em proporcionar alívio emocional e naquilo com o que a família está preocupada (logo surgirá o momento de falar sobre doação); Escute ativamente, assim poderá encontrar as palavras-chave para falar sobre doação;” (Brasil, 2019, p. 85)

Nesse contexto, o enfermeiro(a) ou médico(a) da CHT deve apresentar à família a possibilidade de doação de órgãos, justificando que apenas a morte nessa condição permite a oportunidade da doação, caracterizando-se como um direito do paciente e de seus familiares. Ressalta-se que a decisão da família deve ser respeitada o desejo e a escolha dos familiares serão respeitados, colocando-se em prontidão para auxiliá-los, com paciência e empatia, no esclarecimento das dúvidas (Santa Catarina, 2023). “Utilize argumentos baseados em solidariedade, altruísmo e generosidade” (Brasil, 2019, p. 85), demonstrando que poderia se beneficiar da doação e sua importância para o próximo.

Outrossim, conforme a Lei nº 15.378, de 6 de abril de 2026, que institui o estatuto dos direitos do paciente consta no Art. 2º que:

“A pessoa designada pelo paciente, em suas diretivas antecipadas de vontade ou em qualquer outro registro escrito, para decidir por ele sobre os cuidados relativos à sua saúde, quando não puder expressar livre e autonomamente a sua vontade” (Brasil, 2026)

Além disso, conforme o Art. 6º “O paciente tem o direito de indicar livremente um representante em qualquer momento de seus cuidados em saúde, por meio de registro em seu prontuário”, com isso estabelece limites na adequação terapêutica, conforme a vontade do paciente (Brasil, 2026).

Portanto, em casos de recusa familiar para a doação, é ético e legal ao médico realizar a retirada do suporte terapêutico, assim como ventilação mecânica, drogas vasoativas e monitorização, sendo esse respaldado pela Resolução CFM nº 2.173/2017 e Decreto 9175/2017, sendo que se deve devidamente comunicar a família sobre essa etapa ao final do protocolo (Santa Catarina, 2023).

3.6 Transplante de órgãos e tecidos

A história dos transplantes de órgãos sólidos no Brasil teve início em 1964, no Hospital dos Servidores do Estado (HSE), no Rio de Janeiro, com a realização do primeiro transplante renal bem-sucedido. Esse marco histórico representou o ponto

de partida para o desenvolvimento da prática de transplantes no país, ainda que os primeiros procedimentos tenham enfrentado diversos desafios, como a rejeição dos enxertos e o óbito dos pacientes. Apesar das limitações técnicas da época, o feito destacou a relevância da pesquisa científica e da inovação tecnológica como instrumentos fundamentais para o avanço da medicina e para o aprimoramento das técnicas voltadas para salvar vidas (Brasil, 2024).

O processo de consolidação dos transplantes no Brasil ocorreu de forma progressiva, impulsionado pela promulgação da Lei nº 9.434 de 4 de fevereiro de 1997, que regulamenta a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes e tratamentos. Essa legislação estabeleceu critérios técnicos, éticos e legais que garantem a segurança e a confiabilidade do processo de doação, tanto para doadores vivos quanto falecidos. Nos casos de doadores falecidos, o procedimento deve ser precedido do diagnóstico de morte encefálica, conforme os parâmetros definidos pela Resolução CFM nº 2.173/2017, a qual determina os critérios clínicos e exames complementares indispensáveis para a constatação da morte encefálica (Brasil, 1997; Brasil, 2017).

Após a confirmação do diagnóstico de morte encefálica e o consentimento formal da família para a doação, a Comissão Hospitalar de Transplantes (CHT), realiza a notificação à Central de Transplantes do Estado e à Organização de Procura de Órgãos (OPO). A equipe da OPO desloca-se até o hospital para conduzir a avaliação do potencial doador, por meio da análise do prontuário, exames clínicos e laboratoriais, a fim de verificar a viabilidade dos órgãos e a compatibilidade com possíveis receptores. Confirmada a elegibilidade, é iniciado o processo para a captação dos órgãos, seguindo rigorosamente os protocolos técnicos, éticos e legais estabelecidos pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT) (Brasil, 2023).

Nesse cenário, destaca-se a importância da Portaria nº 2.922, de 28 de novembro de 2013, que institui, no âmbito do SNT, o Plano Nacional de Apoio às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (PNA-CNCDO). Essa normativa estabeleceu incentivos financeiros e estruturais, fortalecendo a eficiência operacional dessas centrais, consideradas essenciais para o funcionamento do sistema e a ampliação da capacidade de captação de órgãos no país (Brasil, 2013).

Conforme os dados divulgados pelo Ministério da Saúde, por meio do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), no ano de 2025 foram realizados 9.942 transplantes de órgãos em todo o território Brasileiro, sendo 6.210 em indivíduos do sexo masculino

e 3.732 do sexo feminino. Desse total, 6.702 corresponderam a transplantes renais, 2.573 a transplantes hepáticos, 428 a transplantes cardíacos, além de outros tipos de órgãos e tecidos. O estado de São Paulo liderou o número de procedimentos, com 3.019 transplantes, seguido por Minas Gerais, com 985, enquanto Santa Catarina ocupou a oitava posição no cenário nacional, com 512 transplantes realizados (Brasil, 2026).

Entretanto, até o mês de abril de 2026, a lista nacional de espera por transplantes de órgãos contabilizava 48.890 pessoas, sendo 28.637 do sexo masculino e 20.253 do sexo feminino. O rim permanece como o órgão mais aguardado, com 45.220 pacientes em lista de espera. O estado de São Paulo concentra o maior número de pessoas na fila, totalizando 23.319 pacientes, seguido por outras unidades federativas. Já o estado de Santa Catarina ocupa a décima posição no cenário nacional, com 1.048 pessoas aguardando por transplante – destas, 959 esperam por um rim, 60 por fígado, 2 por coração e 28 por pâncreas-rim (Brasil, 2026).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Este estudo teve enfoque qualitativo, de natureza descritiva exploratória, com o propósito de investigar e compreender, de forma criteriosa, o tema em análise, considerando as percepções e experiências subjetivas dos participantes.

A abordagem qualitativa favoreceu a análise das opiniões, valores e representações sociais construídas a partir das vivências dos sujeitos, contribuindo para a produção de conhecimento fundamentado (Minayo, 2012).

As entrevistas semiestruturadas foram utilizadas como técnica de coleta de dados, por permitirem interação flexível entre o pesquisador e participante, garantindo o cumprimento dos objetivos da pesquisa e a identificação de novos aspectos significativos ao objeto de estudo (Toassi; Petry; Distância; 2024).

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital de grande porte localizado em um município do Extremo Sul Catarinense, selecionado por se tratar de uma instituição que possui Comissão Hospitalar de Transplantes (CHT), além de ofertar atendimento de alta complexidade nas áreas de Cardiologia, Oncologia, Infectologia, Ortopedia e Traumatologia, Nefrologia e Transplante Renal.

A instituição hospitalar a ser estudada encontrava-se credenciada junto à CHT em âmbito estadual, a qual exige a adoção de protocolo de morte encefálica padronizado e bem estruturado. Ademais, dispõe de uma equipe atuante, composta por profissionais com ampla experiência na área, o que contribuiu para o alcance dos objetivos propostos pela pesquisa.

4.3 Participantes do estudo

Foram selecionados treze profissionais, entre os membros atuais da Comissão Hospitalar de Transplantes (CHT) e seus ex-integrantes, que se dispuseram a participar voluntariamente da pesquisa, em concordância com os critérios de inclusão

estabelecidos e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

A inclusão dos ex-integrantes da CHT justificou-se pela relevância de suas experiências e vivências acumuladas durante o período de atuação na comissão, as quais contribuíram significativamente para o enriquecimento dos resultados.

Além disso, o número de participantes seguiu os critérios de saturação de dados, ou seja, as entrevistas foram realizadas até o momento em que as informações obtidas passaram a apresentar repetição e não acrescentaram novos elementos relevantes à compreensão do objetivo do estudo.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão estabelecidos para esta pesquisa foram:

- a. Pertencer à equipe da Comissão Hospitalar de Transplantes (CHT) atuante na instituição;
- b. Ter participado de, no mínimo, uma abordagem familiar durante o período de atuação na equipe;
- c. Ser ex-integrante da equipe da CHT que ainda mantenha vínculo ativo com a instituição. Amostra acrescentou 4 entrevistas destas que ainda estavam na instituição.

4.3.2 Critério de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa os participantes que se enquadrarem em um ou mais dos seguintes critérios:

- a. Estiveram em período de férias, folga, afastamento, licença ou atestado médico, impossibilitando a participação durante o período de coleta de dados;

4.4 Coleta de dados

1º momento: Inicialmente, o Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do hospital coparticipante, com a finalidade de obtenção da carta de aceite. Em seguida, foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e submetido

à Plataforma Brasil. Somente após a aprovação pelos referidos comitês de ética, foi iniciada a execução da pesquisa, contemplando a etapa da coleta de dados.

2º momento: Foi realizado o reconhecimento do campo de pesquisa e estabelecida a interlocução com a Comissão Hospitalar de Transplantes (CHT), ocasião em que foram selecionados os profissionais participantes, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Nessa etapa, foi solicitada a assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (conforme Apêndice A), sendo uma via entregue ao participante e a outra arquivada pela pesquisadora.

3º momento: A coleta de dados ocorreu no mês de abril. Essa etapa foi conduzida por meio de entrevistas presenciais, em uma sala privativa, utilizando-se um instrumento semiestruturado, composto por questões abertas e fechadas (conforme apêndice B). As entrevistas foram transcritas e realizadas durante o horário de trabalho dos profissionais, conforme disponibilidade, com duração estimada entre 15 e 20 minutos. Os entrevistados superaram o número total de amostras, pela inclusão inesperada dos ex-integrantes da CHT ainda vinculados com a instituição.

4º momento: Após a coleta, foi realizada a organização dos dados coletados, garantindo-se o cumprimento das normas éticas e a preservação da identidade dos participantes. Para fins de análise, os profissionais foram identificados por letras do alfabeto (A, B, C, D, E....).

4.5 Análise de dados

Os dados foram analisados por meio da análise temática proposta por Minayo (2012), que consiste em um conjunto de procedimentos sistemáticos voltados à compreensão dos significados presentes nos discursos dos participantes.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais foram transcritas integralmente para posterior análise. Inicialmente, realizou-se a leitura sucessiva do material, possibilitando a familiarização com os dados e a identificação dos conteúdos mais relevantes para os objetivos da pesquisa.

Posteriormente, os relatos foram organizados e agrupados de acordo com as temáticas emergentes, permitindo a construção das categorias de análise. Na etapa de interpretação, os dados foram discutidos à luz do referencial teórico adotado, buscando compreender as experiências, percepções e desafios vivenciados pelos

profissionais da Comissão Hospitalar de Transplantes durante o processo de abordagem familiar no protocolo de morte encefálica.

Os resultados foram apresentados por meio de categorias temáticas, contemplando os aspectos mais significativos identificados nos relatos dos participantes.

4.6 Considerações éticas

O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição hospitalar onde foi desenvolvido, sendo aprovado sob Parecer nº 8.314.428/2026 e CAAE nº 96220526.5.0000.0119. Após a aprovação ética, foi encaminhada solicitação formal à Comissão Hospitalar de Transplantes (CHT) para autorização e realização da coleta de dados junto aos profissionais participantes.

A pesquisa foi conduzida em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e nº 510, de 7 de abril de 2016, que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos e pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, respectivamente (Brasil, 2012; Brasil, 2016).

Os participantes foram previamente informados sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, sendo garantidos o sigilo, a confidencialidade, a privacidade e a preservação de sua identidade. A participação ocorreu de forma voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo assegurado aos participantes o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. (APENDICE B).

A participação dos profissionais contribuiu para a reflexão sobre a atuação da Comissão Hospitalar de Transplantes e para a produção de conhecimento científico relacionado ao processo de abordagem familiar. Quanto aos riscos, estes incluíram a eventual divulgação inadvertida de informações confidenciais e possíveis repercussões nas relações profissionais caso dados sensíveis fossem identificados. Para minimizar tais riscos, as entrevistas foram transcritas sem identificação pessoal, assegurando o anonimato e a proteção dos participantes durante todas as etapas da pesquisa.

4.7 Declaração de uso de Inteligência Artificial

A autora declara ter utilizado ferramentas de inteligência artificial generativa, como ChatGPT e NotebookLM, exclusivamente como apoio à organização estrutural do trabalho e ao aprimoramento linguístico do texto. Ressalta-se que a elaboração do conteúdo científico, a análise dos dados, a interpretação dos resultados e as conclusões apresentadas são de inteira responsabilidade da autora.

Todo o material produzido com auxílio dessas ferramentas foi submetido à revisão crítica, validação e adequação pela autora, que assume plena responsabilidade pela precisão, integridade e originalidade do conteúdo apresentado neste Trabalho de Conclusão de Curso.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo foi desenvolvido por meio de entrevistas com os membros da Comissão Hospitalar de Transplantes e, a partir da análise dos dados obtidos com os entrevistados, considerando os objetivos do estudo, sobressaíram cinco categorias: perfil dos entrevistados; estratégias de comunicação utilizadas nas entrevistas; fatores que influenciam a decisão familiar frente à doação de órgãos; experiências vivenciadas pelos profissionais da comissão; e principais motivações e resistências encontradas entre os familiares durante o processo.

5.1 Perfil dos profissionais da pesquisa

A amostra da pesquisa foi composta 13 participantes que atuam em diferentes setores da instituição hospitalar, como unidades de internação, Pronto-Socorro (PS) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI), todos vinculados à Comissão Hospitalar de Transplantes (CHT), incluindo integrantes atuais e ex-integrantes. Desses profissionais, 77% (n=10) eram integrantes atuais e 23% (n=3) eram ex-integrantes.

Dos 13 profissionais entrevistados, 93% (n=12) eram do sexo feminino e 7% (n=1) do sexo masculino, com idade variável entre 28 a 51 anos. Os participantes pertenciam a diferentes áreas de formação, sendo 77% (n=10) da Enfermagem, 15% (n=2) da Medicina e 8% (n=1) da Psicologia, com tempo de experiência hospitalar variável de 5 a 28 anos.

Além disso, o tempo de atuação na CHT variou entre os profissionais, abrangendo desde 2 meses até 16 anos. A seguir, a tabela 01, sintetiza as características dos profissionais que participaram do estudo, para contextualizar as falas nas análises posteriores.

Tabela 01 – Caracterização dos participantes da pesquisa

P	Gênero	Formação profissional	Idade	Experiência hospitalar	Tempo na CHT	Status
A	Feminino	Medicina	37 anos	15 anos	8 anos	Atual

B	Feminino	Enfermagem	28 anos	5 anos	7 meses	Atual
C	Feminino	Enfermagem	48 anos	21 anos	2 meses	Atual
D	Feminino	Enfermagem	34 anos	15 anos	10 meses	Atual
E	Feminino	Psicologia	46 anos	18 anos	14 anos	Atual
F	Feminino	Enfermagem	44 anos	25 anos	8 meses	Atual
G	Feminino	Enfermagem	44 anos	25 anos	16 anos	Ex
H	Feminino	Enfermagem	36 anos	10 anos	1 ano e 4 meses	Ex
I	Feminino	Enfermagem	43 anos	15 anos	12 anos	Atual
J	Feminino	Enfermagem	41 anos	19 anos e 8 meses	9 anos e 6 meses	Atual
K	Feminino	Enfermagem	42 anos	19 anos	7 meses	Atual
L	Masculino	Medicina	51 anos	28 anos	15 anos	Atual
M	Feminino	Enfermagem	42 anos	23 anos	12 anos	Ex

Dados da pesquisa, 2026.

Nota: Na coluna do status o “Atual” indica os participantes que integram atualmente a CHT, “Ex” refere-se aos entrevistados que já fizeram parte da comissão, e “P” corresponde à identificação dos participantes da pesquisa.

Conforme apresentado na Tabela 01, os participantes foram identificadas por letras do alfabeto conforme descrito na metodologia, bem como no TCLE, foram utilizadas de A à M.

Categoria 1 – Estratégias de comunicação nas entrevistas

A fim de destacar as estratégias de comunicação utilizadas pela equipe durante a entrevista familiar, percebeu-se a necessidade de compreender as formas pelas

quais é possível promover o entendimento e o acolhimento dos familiares nesse momento.

A comunicação de más notícias ultrapassa a simples transmissão da informação, alcançando também a forma como essa comunicação é realizada. Essa etapa é fundamental para promover a compreensão acerca do processo de saúde-doença do paciente por parte dos familiares. Paralelamente ao ato de comunicar, se estabelece a criação do vínculo e confiança entre a equipe e a família. Entretanto, para que isso ocorra de maneira efetiva, o profissional deve estar capacitado e preparado emocionalmente para acolher os sentimentos e reações desencadeadas após a comunicação (Gibello; Parsons; Citero, 2020).

Quando questionados sobre as estratégias para promover o entendimento e o acolhimento das famílias durante o processo, observou-se que nove dos treze entrevistados acreditam que a comunicação deve ser realizada por meio de palavras claras e acessíveis, favorecendo a compreensão da família sobre a situação vivenciada e contribuindo para a formação de vínculo. Os demais entrevistados destacaram a importância do apoio contínuo aos familiares, por meio da presença da equipe durante as visitas, do acompanhamento próximo e do manejo relacionado à visita estendida, incluindo a flexibilização dos horários de visitas.

Além disso, a abordagem realizada pela equipe multiprofissional da comissão mostrou-se fundamental para o acolhimento familiar. Aspectos como a linguagem utilizada, o ambiente onde ocorre a entrevista familiar e a atuação dos profissionais envolvidos foram apontados como fatores determinantes para a qualidade da comunicação. Nesse contexto, destaca-se a atuação do enfermeiro, conforme evidenciado pelos entrevistados A, G, H e I:

Desde a suspeita de ME, os médicos começam a abordar os familiares. Quando o protocolo é aberto, a abordagem é feita pela enfermagem e com a psicóloga também. Em cada visita familiar a equipe de enfermagem da CHT acompanha a visita. É utilizado uma linguagem empática, em um ambiente reservado, confortável, sem mesa no centro para retirar os obstáculos de comunicação, em uma sala especial para a comunicação. (A)

[...] A enfermeira conduz todas as etapas desde a abertura do protocolo, auxilia nos testes e exames complementares, faz toda a parte burocrática [...] Durante esse processo, pode-se envolver o Serviço Social e a Psicologia, muitas vezes a família está passando pela barganha do luto. Sempre foquei na família e não na doação, para que quando fechasse o protocolo e fôssemos comunicar o óbito, a família recebesse de uma forma mais suave, com mais entendimento. Utilizamos a linguagem coloquial deles, para que eles compreendam, em um ambiente privativo, para fazer o acolhimento (G).

[...] Nas entrevistas priorizamos sempre dois entrevistadores, de preferência quando é possível um pouco mais experiente e outro um pouco menos, se fosse dois experientes, melhor ainda. A gente sempre realiza em um ambiente calmo, que não tenha fatores externos, que tenha água, que tenha chá se possível, lenços de papel, para que a possamos oferecer para a família, num momento de choro. Por que tudo isso a família guarda, por exemplo: “Eu estava sofrendo, nem um copo d’água me ofereceram” [...] Mas geralmente usamos uma linguagem mais neutra, utilizando palavras ou frases como: “Morreu”, “Já estava muito mal quando chegou aqui” [...] (H).

[...] fazemos a busca ativa nas UTI’s e na Sala de Emergência do Pronto Socorro, três vezes ao dia, em busca de pacientes neurocrítico, em Glasgow 3, com ausência de reflexos, para começar a observar a estabilidade e a situação do paciente. [...] O protocolo de Morte Encefálica é gerenciado pelos profissionais da CHT, por isso para abrir o protocolo é necessário que seja realizado pelo médico da comissão ou um médico que tenha curso e respaldo técnico. As abordagens familiares são realizadas pelos membros da CHT, normalmente médico e enfermeira. [...] A linguagem utilizada vai ser de acordo com o grau de instrução da família [...] É necessário um ambiente privativo, que tenha conforto para todos os familiares, sentados, onde tenha água, lenços de papel, para que possamos propiciar um pouco de conforto para essa família. Procuramos identificar quais são os familiares que têm poder de decisão, para o momento em que será fechado o protocolo essas pessoas estejam presentes (I).

Dessa forma, os profissionais devem estar preparados para conduzir a entrevista familiar, sendo necessários planejamento e organização acerca de onde e como a comunicação será realizada. Além disso, é imprescindível estabelecer uma relação de ajuda e confiança com os familiares, favorecendo a construção de vínculo e utilizando adequadamente as ferramentas de comunicação disponíveis. Essa prática não deve se restringir apenas ao contexto da doação de órgãos, mas também ser aplicada em outras situações de comunicação de más notícias, tendo como foco principal o acolhimento e o suporte à família, e não exclusivamente a obtenção da doação (Organización Nacional De Trasplantes, 2011).

Para os entrevistados, a formação de vínculo configura-se como um dos principais facilitadores da comunicação de más notícias, conforme evidenciado na fala do participante E:

Formação de vínculo, é a principal estratégia. Se aproximar da família, entender, escutar, facilitar que eles também tenham um espaço seguro para expressar o sofrimento e a dor deles (E).

Comunique a má notícia de maneira clara; Deixe o familiar expressar as emoções, por mais negativas que pareçam (lembre-se de que a raiva, a culpa, até mesmo a agressividade, são manifestações de dor); Não julgue as reações e respeite qualquer manifestação de dor (inclusive quando não estiver de acordo); Facilite a assimilação da notícia, tanto a nível cognitivo

como emocional, possibilitando que vejam o ente querido; Mesmo que não disponha de tempo, haja como se dispusesse; Escute ativamente; Evite as frases feitas “não chore”, “não diga isso”, “foi melhor assim”, “não faça isso”; Não dê conselhos não solicitados, ajude os familiares, explore o que eles querem saber de você. (Brasil, 2019, p. 84).

Nesse contexto, considerando a forma como a família recebe as informações transmitidas pela equipe, compreende-se a importância da utilização de uma linguagem clara, da escuta ativa e das pausas de silêncio durante a comunicação. Tais aspectos podem ser observados nos relatos dos entrevistados A, L e M:

Palavras claras, pausas de silêncio para a família entender e escuta ativa (A);

Ouvindo-os, não reagir, deixar eles falarem, eles falam o que eles querem, não precisa perguntar (L)

A linguagem clara, falando de tal forma que o familiar entenda, questione se realmente entendeu, se não, pergunta. Por que pode acabar não entendendo alguma palavra e ficar aquela dúvida, e a gente não pode deixar aquela família sair dali com dúvida [...] Então ele tem que sair com clareza das informações, nós como profissionais precisamos passar confiança pra eles daquilo que a gente está falando [...] (M).

Além disso, também ressaltaram a importância do acolhimento emocional durante o processo, uma vez que a compreensão das informações pelos familiares tende a ser mais efetiva quando estes se encontram emocionalmente amparados e em condições de processar as informações recebidas, conforme citado no relato pelo participante D:

Explicação médica no início, meio e fim para a parte cognitiva, só que de nada adianta o familiar está entendendo o que está acontecendo, a parte técnica, sobre os testes, se não for bem acolhido sentimentalmente, sem espaço para expressar os sentimentos, eles sentem-se fechados e a entrevista é negativa [...], nós não tivemos abertura, ela não nos deixou acolher ele, ela quem passava todas as informações, e por fim ele negou. Então acredito que influencia muito, a comunicação, um ambiente seguro para expressar as tristezas, não adianta estar entendendo cognitivamente (D).

A comunicação com os familiares durante a realização do protocolo de morte encefálica é conduzida, inicialmente, pela equipe médica responsável pela assistência direta ao paciente, começando no momento em que se cogita a possibilidade do diagnóstico de morte encefálica (ME), conforme expresso pelo entrevistado (D):

Precisamos sempre seguir o protocolo e seguir as orientações passadas no curso de más notícias, informamos sobre a abertura do protocolo, que

estamos suspeitando de morte encefálica, em um ambiente tranquilo, reservado, sentados, sem cruzar as pernas, não dar bom dia, por que pra família não é um bom dia, então tem todo um protocolo de comunicação. Após, iniciamos os testes, e no decorrer do caminho vamos dando os resultados, sempre da mesma forma, no mesmo lugar, normalmente eles sentam nos mesmos lugares e vem sempre as mesmas pessoas. Para a finalização do protocolo sempre pré-agendado, para que eles fiquem bem informados e com a expectativa bem ajustada. No momento, o médico dá a notícia, e quem entrevista é a enfermeira (D).

Nesse sentido, considerando que o enfermeiro é o profissional que, na maioria das vezes, conduz a entrevista familiar, torna-se fundamental que esteja previamente preparado, possuindo conhecimento teórico e prático, além de habilidades específicas para a comunicação de más notícias. A efetividade da entrevista familiar depende não apenas da capacitação do enfermeiro, mas também da existência de um ambiente seguro, acolhedor e adequado, bem como da comunicação clara acerca do protocolo de morte encefálica. Trata-se, portanto, de fatores passíveis de modificação e aprimoramento. Além disso, é indispensável respeitar o tempo, as crenças e a decisão da família (Marigo *et al.*, 2022).

Todavia, a atuação da equipe multiprofissional durante a comunicação de más notícias e a entrevista familiar é considerada essencial pelos participantes. Entretanto, destacou-se a atuação do enfermeiro como protagonista na maior parte do processo, como evidenciado pelos participantes A e L:

“Extremamente necessário, o que menos tem ação durante o processo é o médico, com certeza” (A);

“100%, mais as enfermeiras que atuam, são quem estão na linha de frente” (L).

Os demais entrevistados relatam uma atuação positiva da equipe frente à condução dos protocolos, ressaltando a importância da integração multiprofissional durante todo o processo, conforme descrito pelo entrevistado H:

Contamos com o respaldo da psicologia e do serviço social, se for preciso. Percebemos que um médico bem-preparado, faz diferença, querendo ou não, a nossa cultura ainda tem a opinião de que o médico está acima de todos. Porém se temos um médico que não está preparado para abordar, dar o diagnóstico e acolher aquela família, para reverter fica mais difícil. Dessa forma, enquanto CHT, temos psicólogo, serviço social, médico e enfermeiro, como equipe multiprofissional. Para famílias mais sensíveis, mais difíceis, com mais conflitos, pedimos o apoio da psicologia para acompanhar desde o início (H).

Categoria 2 – Fatores que influenciam na decisão da família frente a doação de órgãos

Ao analisar as falas dos entrevistados acerca dos fatores que influenciam a não aceitação da doação de órgãos pela família, observou-se que 100% (n=13) dos participantes relataram experiências com recusas à doação. Entre os fatores descritos, destacam-se questões religiosas e culturais; o fato de o paciente não ser doador ou nunca ter manifestado o desejo de doar órgãos em vida; a ausência de vínculo ou acolhimento entre a equipe com a família; o medo de que o corpo não permaneça íntegro após a captação; o fato de o potencial doador não ter sido considerado uma boa pessoa em vida; e reclamações relacionadas ao atendimento hospitalar.

A seguir, apresentam-se os relatos dos entrevistados relacionados às questões religiosas, culturais e à manifestação prévia do potencial doador quanto à não doação de órgãos:

Sim. Crença religiosa, religião de matriz africana, alguns casos em que o paciente falou em vida que não queria doar (D).

Os principais motivos para recusa que eu tenho observado, estão associados à religiosidade das pessoas. Ou seja, a determinação religiosa, aquilo que a religião sugere que não seja feito, em razão da crença que é construída ali, a partir dessa questão religiosa [...] (E).

Sim, tiveram umas 3 negativas. Crença religiosa, cultural e pela escolha do paciente, que em vida não queriam ser doadores, então a família respeita. A que me marcou foi de um paciente haitiano, pela cultura que é bem diferente da nossa (F).

Sim, mais de 10 negativas. Os principais motivos é que os pacientes não falaram em vida que eram doadores ou que teriam vontade, e a família acaba ficando em dúvida (H).

Sim tivemos, principalmente quando o paciente falecido nunca manifestou em vida e por crenças religiosas (M).

Acerca do posicionamento de diferentes religiões em relação à doação de órgãos, destaca-se a importância de que os profissionais estejam adequadamente instruídos sobre as crenças e os entendimentos de cada religião acerca do tema. Esse conhecimento possibilita que informações corretas sejam transmitidas aos familiares, contribuindo para o esclarecimento de dúvidas e, conseqüentemente, para a redução

das recusas motivadas por questões religiosas e culturais (Garcia; Garcia; Pereira, 2022).

Nesse contexto, a Igreja Católica, as igrejas evangélicas, o hinduísmo, o espiritismo e o budismo apresentam posicionamento favorável à doação de órgãos. As Testemunhas de Jeová também se mostram favoráveis, desde que não haja necessidade de transfusão sanguínea relacionada ao procedimento (Garcia; Garcia; Pereira, 2022).

As religiões de matriz africana, como o cambomblé e a umbanda, também consideram válida a doação de órgãos. Entretanto, em relação a morte encefálica, algumas correntes acreditam que o processo de separação entre corpo e alma ainda não tenha sido concluído. Já no judaísmo, existem divergências entre os rabinos quanto à aceitação da morte encefálica como critério de morte, o que pode influenciar a decisão sobre a doação de órgãos (Garcia; Garcia; Pereira, 2022).

Dessa forma, destaca-se o seguinte posicionamento:

A Torá aplica três proibições em relação ao corpo do falecido que envolvem diretamente o processo de doação de órgãos, uma vez que impedem a mutilação desnecessária do cadáver, o atraso do enterro do corpo e a obtenção de algum benefício desse corpo. Todavia, apesar de não haver divergências quanto à proposta dessas proibições, que é incentivar o respeito e a dignidade desses indivíduos que foram portadores de vidas e almas, a maioria dos rabinos concorda que é mais importante aplicar a “pikuach nefesh” (salvação da alma), já que a doação proporcionaria mais dignidade e respeito do que acatando essas três proibições (Garcia; Garcia; Pereira, 2022, p. 193).

Nesse sentido, os achados deste estudo podem ser compreendidos com base na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, proposta por Madeleine Leininger, que reconhece a cultura como elemento fundamental no processo de cuidado e na tomada de decisões relacionadas à saúde. Essa teoria reforça a importância de uma abordagem respeitosa em relação às crenças, valores e práticas culturais de cada família, favorecendo uma comunicação humanizada e culturalmente congruente durante o processo de entrevista familiar (Leininger; McFarland, 2006).

Conforme descrito na literatura, um dos principais motivos para a recusa familiar à doação de órgãos é o relato de que o próprio paciente manifestava, em vida, não desejar ser doador. Esse fator impacta diretamente a tomada de decisão dos

familiares e pode desencadear outros aspectos associados à negativa, como desacordos entre os membros da família (Pereira *et al.*, 2020).

Em relação às demais causas de recusa, é importante compreender que, na maioria das vezes, existe uma justificativa subjacente à negativa familiar. Os relatos apontaram fatores como a ausência de vínculo entre a família e a equipe assistencial, a percepção de que o potencial doador teria sido considerado uma pessoa ruim em vida e reclamações referentes ao atendimento prestado no hospital, conforme evidenciado nos relatos dos entrevistados E, I e L:

[...] Quando a família não faz um vínculo bom com a equipe [...] porque uma negativa nunca é em vão. Nunca é por nada. Sempre tem uma razão importante para a família negar (E)

[...] Foi conversado com a família, ofertado a doação de órgãos, eles disseram que não iriam doar, por que ele era uma pessoa muito ruim e se é uma pessoa ruim, as pessoas queriam receber esses órgãos não iriam se beneficiar por ele ser ruim. Então oferecemos a possibilidade de mudar o histórico e o desfecho da vida dele pra uma coisa boa, mas mesmo assim disseram que não, porque ele nunca foi e nunca foi bom com ninguém [...] (I)

Negativas sim, porque o paciente não queria em vida, porque a família não se sentiu acolhida pelo hospital, se deu algum problema no atendimento, pelo menos sentiram que deu algum problema e vinculam à morte [...] (L)

A família sempre traz uma bagagem como se fosse uma mochilinha, desde que chegou aqui no pronto socorro, às vezes chegou às 3h da manhã, quando eram 8h da manhã ninguém veio dar informação ainda, depois às 9h da manhã o paciente subiu pra UTI, mas ninguém deu explicações. Às 11h da manhã, eles entram para a visita na UTI e a gente vai dizer que o paciente está dando sinais de que pode estar em Morte Encefálica, a família vai ficar se questionando e nos questionando, pois ficaram mais de 10h sem notícias e agora a equipe diz que está morto. Surgirão dúvidas sobre a assistência, empatia e compaixão da equipe. [...] E na hora da entrevista que nós vamos fazer o acolhimento, o processo da maneira correto, a família vai lembrar futuramente disso (I).

Todas as situações vivenciadas no hospital, a família traz consigo na bagagem e aí quando acontece uma situação de agravamento e óbito por morte encefálica a família despeja toda essa bagagem em nós, como se tudo o que eles não queriam tivesse sido feito e nesse momento estão pedindo os órgãos do seu familiar. Então são pontos que precisam ser avaliados, deve-se sempre questionar a família se estão conseguindo compreender, se tem dúvidas, se precisam de alguma coisa, se tem algo que possamos fazer por eles, são pequenas coisas que a gente faz que não digo a família vai doar, mas que eles vão sair com outra percepção da instituição (I)

Independentemente de a resposta ser favorável ou não a doação, a entrevista deve ser encerrada com manifestações de respeito, solidariedade e acolhimento. O momento adequado para o encerramento é determinado pelos próprios familiares.

Além disso, quando a resposta for negativa, recomenda-se investigar os motivos da recusa, uma vez que, em algumas situações, ela pode ser revertida por meio de esclarecimentos adicionais (Organización Nacional De Trasplantes, 2011).

Ao analisar os relatos sobre as estratégias consideradas eficazes na abordagem familiar, destacaram-se aspectos como a utilização de linguagem clara e acessível, explicações adequadas sobre a morte encefálica, escuta ativa, oferta de ambientes seguros e reservados para a entrevista, formação de vínculos com os familiares, empatia e estratégias como a visita estendida, conforme evidenciado nos relatos dos entrevistados:

[...] Acredito que influencia muito, a comunicação, um ambiente seguro para expressar as tristezas, não adianta estar entendendo cognitivamente (D).

Explicar e orientar bem o que está acontecendo para a família, por que às vezes não acredita como que o cérebro morreu e o coração ainda está funcionando (F)

Em alguns hospitais que fazem o horário de visitas de forma estendida, em que a família consegue visitar o familiar a qualquer momento, os familiares acabam ficando muito mais tranquilos em relação ao cuidado, assistência e o que está acontecendo (I).

Empatia, tentar falar de uma forma clara, sem termos técnicos [...] (J)

Visita estendida para que a família possa acompanhar a situação, estarmos presentes nos horários de visita, muitas vezes a família nos vê como referência, perguntam a nossa opinião (K)

Ouvindo-os, não reagir, deixar eles falarem, eles falam o que eles querem, não precisa perguntar (L)

A linguagem clara, falando de tal forma que o familiar entenda, questione se realmente entendeu, se não, pergunta [...] (M)

A implementação da visita estendida em unidades de terapia intensiva favorece a participação dos familiares no cuidado, fortalecendo o vínculo com a equipe e contribuindo para a redução da ansiedade e do estresse relacionado ao quadro clínico do paciente (Silva *et al.*, 2024). Além disso, conforme o guia *Buenas Practicas en el proceso de la Donacion de Organos* (2011), na Recomendación 22.7:

Solicitar o consentimento para a doação deve ser feito pelo coordenador de forma clara, direta e sem rodeios, como uma opção, um direito, um privilégio ou uma forma de ajudar os demais. Sempre após verificar que a família compreendeu o fato da morte. P. 54

Outro aspecto relevante identificado durante a pesquisa foi a percepção dos profissionais acerca de sua preparação e confiança para realizar a entrevista familiar. Observou-se que 84% (n=11) dos participantes relataram sentir-se preparados para desempenhar essa função, conforme demonstrado nos relatos dos entrevistados H e M:

Sim, no início pensava que seria mais fácil, mas fui percebendo que pedir algo em troca em um momento de dor, é muito difícil. Então fui me aprofundando e no final já me sentia preparada (H).

Sim, como membros da comissão pela SC transplantes recebíamos muitos treinamentos (M).

Nesse sentido, os coordenadores de transplantes devem receber capacitações contínuas, permitindo a atualização constante dos conhecimentos e das habilidades relacionados à entrevista familiar, à comunicação de más notícias e à construção de vínculo com os familiares. Mesmo profissionais experientes necessita, aperfeiçoar suas técnicas de comunicação e acolhimento. Recomenda-se ainda que, durante a entrevista, ao menos um dos entrevistadores possua experiência necessária. Destaca-se, nesse contexto, a participação efetiva dos profissionais da enfermagem como coordenadores de transplantes, considerando suas habilidades na construção de vínculos e no cuidado humanizado. Além disso, a capacitação contribui para o melhor manejo das emoções que podem emergir durante esse processo (Organización Nacional De Trasplantes, 2011).

Quanto à capacitação específica para a condução do protocolo de morte encefálica e da entrevista familiar, os relatos demonstraram que 92% (n=12) dos entrevistados participaram de treinamentos voltados para essa temática. Entretanto, apenas 54% (n=7) consideraram as capacitações ofertadas são suficientes para atender as demandas da prática profissional, conforme evidenciado nos depoimentos dos entrevistados B, D e K:

Sim, curso de comunicação de más notícias, congressos. As mais experientes da comissão dão dicas que já foram passadas em outros cursos, acompanhamento com a central de Florianópolis. Os cursos poderiam ser mais aprofundados sobre o que falar, aprender a investigar o porquê do não (B)

Sim, treinamentos, congressos, más notícias, treinamentos com a SC transplantes. Considero suficiente, só que a segurança adquire na prática. (D)

Sim, tivemos congressos, participei de dois até o momento, são eventos muito bem-preparados. Mas é na vivência que a gente se depara com a situação em si (K)

Em geral, vários fatores influenciam a decisão familiar frente à doação de órgãos, envolvendo aspectos individuais, familiares, culturais, religiosos e institucionais. A manifestação prévia do potencial doador, as crenças religiosas expressas pelo paciente e por seus familiares, bem como a qualidade da assistência prestada, são fundamentais nesse processo.

Desse modo, são utilizadas estratégias para tornar a comunicação mais efetiva, fazer com que a família se sinta acolhida e esclarecer adequadamente questões relacionadas à morte encefálica e à doação de órgãos. Assim, busca-se mitigar as recusas familiares e o fortalecer do vínculo de confiança entre as partes.

Categoria 3 – Relato das experiências dos profissionais da Comissão Hospitalar de Transplantes

Os profissionais entrevistados relataram ampla experiência na condução de protocolos de morte encefálica e entrevistas familiares para doação de órgãos. Dentre os entrevistados, 93% (n=11) referiram experiência entre 10 e 200 protocolos realizados, enquanto 7% (n=2) relataram ter participado de um número menor número de protocolos. Tal experiência pode ser observado no relato do entrevistado D:

“Muitos, não sei dimensionar um número correto, mas foram aproximadamente 200 entrevistas” (D).

Ao serem questionados sobre como se se sentem ao abordar os familiares e conduzir o protocolo de morte encefálica, 85% (n=11) dos entrevistados sentir-se tranquilos e confiantes para desempenhar essa função, destacando a importância de respeitar as decisões familiares sem julgamentos. Entretanto, alguns fatores foram apontados como desafios durante o processo, como a dificuldade de comunicação com famílias mais reservadas, que não estabelece diálogo com a equipe; a idade do potencial doador, especialmente quando se trata de crianças ou adultos jovens; e o sofrimento vivenciado pelos familiares diante da perda.

Esses aspectos podem ser observados nos seguintes relatos:

Conversamos sobre a situação do paciente e explicamos sobre a gravidade. É uma experiência tranquila (C).

É tranquilo, torna-se mais difícil quando o familiar é mais fechado, não consegue desabafar, conversar, não nos dá abertura (D).

Dependendo da idade do paciente é complicado, quando é mais jovem, acabamos nos envolvendo. Mas no geral é tranquilo, normalmente ofertamos a possibilidade de ajudar outras pessoas, que a morte não acaba ali, pode fazer o último ato de bondade e amor ao próximo (F).

Procuro sempre entender o que os familiares sabem sobre o caso do paciente e a gravidade. Para dar uma má notícia, muitas vezes precisamos nos despir dos nossos valores para entender a família, sem julgamentos (J).

Percebe-se que, embora os profissionais demonstrem preparo técnico e emocional, algumas situações os sensibilizam mais, especialmente aquelas que envolvem pacientes jovens ou famílias com maior dificuldade de enfrentamento da perda. Diante disso, a empatia torna-se uma ferramenta essencial para o acolhimento familiar e para o estabelecimento de vínculo, favorecendo uma comunicação mais efetiva durante todo o processo.

Quando questionados sobre os sentimentos despertados durante a abertura dos protocolos, 85% dos participantes relataram sentir tristeza. Outros sentimentos mencionados incluíram compaixão, pena, angústia, ansiedade e empatia. Tais emoções podem ser observados nos relatos dos entrevistados D, E e M:

Tristeza, compaixão, admiração pela forma com que alguns familiares amam tanto, a forma com que alguns familiares optaram por homenagear quem está partindo [...] (E).

“Triste, sinto muito o luto deles. Penso como seria se fosse comigo. Empatia (D).

Querendo ou não, durante uma abordagem familiar, eu imaginava como seria se eu estivesse naquele lado, como que seria minha reação, principalmente quando eram adolescentes, da mesma idade dos meus irmãos, era uma angústia, mas me fortalecia porque eu sabia que outra pessoa iria se fortalecer, com o que iria acontecer se tivéssemos o positivo, era o que me dava energia para continuar (M).

Os resultados demonstram que a atuação na CHT envolve não apenas conhecimento técnicos, mas também uma importante carga emocional. O contato frequente com situações de morte, sofrimento e luto exige dos profissionais preparo emocional e equilíbrio psicológico para acolher e prestar suporte às famílias de forma adequada, sem que isso comprometa sua própria saúde mental.

Ao avaliarem o trabalho desenvolvido pela CHT, os entrevistados consideraram classificaram a equipe como qualificada e comprometida, destacando a realização de um trabalho humanizado, acolhedor e baseado na atuação multiprofissional. Além disso, ressaltam o preparo técnico, o envolvimento dos profissionais e a integração entre os diferentes membros da equipe.

Os relatos a seguir ilustram essa percepção:

Boa, são bem treinados, as famílias sempre agradecem o acolhimento e percebem que a equipe faz de tudo (B);

A equipe é preparada, fala com uma linguagem clara para promover o entendimento da família, são acolhedores (C);

A nossa equipe é bem envolvida, em todas as áreas, além do médico e do enfermeiro, a assistência social e a psicologia são as áreas que mais se encaixam na abordagem família. Conforme o protocolo vai acontecendo, a família vai sendo abordada, desde a abertura do protocolo [...] (G);

Eu vejo que o pessoal usa muito o que a SC transplantes sugere, de abordagem e da forma de acolher. Existe muito comprometimento, o que facilita a abordagem (E);

O envolvimento dos profissionais é bem bom, a gente é bem presente, sempre nos preocupamos com o andamento do protocolo, com a psicóloga sempre que solicitamos ela está presente (K).

Os depoimentos evidenciam a importância da atuação da equipe multiprofissional durante a realização do protocolo de morte encefálica. A participação conjunta de enfermeiros, médicos e psicólogos contribui para o acolhimento dos familiares, favorecendo uma assistência mais humanizada e uma comunicação mais efetiva. Além disso, o trabalho em equipe auxilia na construção de vínculo e segurança com a família, aspectos fundamentais para a condução da entrevista familiar e para a tomada de decisão consciente e esclarecida.

Dentre as diversas vivências e histórias relatadas pelos integrantes da comissão durante as entrevistas, alguns se destacaram, como a dos entrevistados A, F e I:

Uma paciente dialítica, de 25 anos mais ou menos, técnica de enfermagem, morava no Nordeste e veio para Santa Catarina para realizar o tratamento, na esperança de receber um rim. Nesse período, sofreu um AVE, abriu a pupila e abrimos o protocolo. Na primeira conversa com a família, a irmã me olhou e disse que ela não estava mais aqui, perguntei se era da área da saúde, disse que não, mas que sentia que ela não estava mais aqui. A mãe perguntou se poderia doar os órgãos, pois a filha queria tanto um rim que gostaria de ajudar a quem tivesse o mesmo desejo que ela, e ela tinha o

desejo de ajudar as pessoas. Infelizmente, quando veio o fechamento do protocolo, ela evoluiu para uma parada cardiorrespiratória, e a família ficou muito triste por não conseguirem doar os órgãos (A);

Um paciente que doou o coração e para a captação veio um médico de São Paulo, que pediu um minuto de silêncio para a equipe em agradecimento a doação (F);

Todos os protocolos de alguma forma nos marcam, mas recentemente tivemos uma criança de 6 anos, que teve um TCE e evoluiu para Morte Encefálica, a família aceitou a doação, foi doado rins, fígado, córnea e coração então não que os outros não sejam especiais, mas assim a gente pensa muito na questão que quando a gente também tem filho pequeno. Que teria uma vida inteira pela frente, que foi ceifada uma vida, mas a gente também entende que diante daquela vida que foi perdida muitas outras foram salvas, então isso dá o nosso alento, ficamos com o coração mais sereno. Não que no cantinho da sala a gente não chore ou que não se emocione, mas sempre que participo de uma captação, ao conferir o paciente eu agradeço também por ele estar ajudando outras pessoas (I).

Esses relatos demonstram que, além da experiência profissional, a atuação da equipe da Comissão Hospitalar de Transplantes (CHT) é entrelaçada por desafios, aprendizados, emoções e significados que influenciam diretamente a prática profissional e a maneira como esses profissionais compreendem, vivenciam e conduzem o processo de doação de órgãos.

Dessa forma, os resultados apresentados podem ser compreendidos com base na Teoria da Relação Interpessoal, proposta por Joyce Travelbee, que entende a enfermagem como uma relação humano a humano. Os relatos evidenciaram que a atuação dos profissionais da CHT envolve não apenas competências técnicas, mas também empatia, acolhimento e envolvimento emocional diante do sofrimento das famílias. Nesse contexto, a teoria reforça a importância da comunicação terapêutica e da construção de vínculos interpessoais como instrumentos fundamentais para o apoio emocional e para a promoção de uma assistência humanizada durante o processo de doação de órgãos (Travelbee, 1971).

Categoria 4 – Principais motivações e resistências na entrevista familiar

Ao analisar os fatores que mais influenciam na aceitação da família da doação de órgãos, os entrevistados destacaram aspectos relacionados tanto ao potencial doador quanto ao processo de comunicação estabelecido pela equipe. Entre os principais fatores facilitadores foram citados: a manifestação previa do desejo de ser doador pelo próprio paciente; o diálogo familiar anterior sobre a temática da doação

de órgãos; o conhecimento prévio sobre o assunto; a presença de uma comunicação efetiva; a compreensão do diagnóstico de morte encefálica do familiar; a percepção de que o ente querido foi uma pessoa solidária em vida; e o acolhimento prestado pela equipe durante todo o processo.

Esses aspectos podem ser observados nos relatos dos entrevistados A, B, C, D, G e L.

Relato de ser doador em vida (A);

Ajudar o próximo, a pessoa que está vivendo através de outra e ajudando outras pessoas (B);

Acolhimento familiar, para criação de vínculo (C);

Quando o familiar era uma pessoa boa. Quando os filhos do paciente são mais jovens (D);

Conhecimento pela causa. Saber o que é uma doação de órgãos (G);

O indivíduo querer em vida, respeitam à opinião do paciente (L).

Percebe-se que um dos principais fatores para a efetivação da doação de órgãos é a comunicação. Quando os familiares conseguem compreender adequadamente as informações e estas são transmitidas com clareza, estabelecendo-se vínculo de confiança com a equipe, o processo de tomada de decisão torna-se mais facilitado e tranquilo, permitindo que os familiares estejam mais conscientes e seguros quanto à decisão tomada.

Além disso, os entrevistados relataram que os filhos costumam ser os familiares que mais frequentemente autorizam a doação, seguidos pelos cônjuges. Nos casos em que o potencial doador é jovem, os pais geralmente assumem o papel central na tomada de decisão, conforme evidenciado nos relatos dos entrevistados A, C, F e G:

Quem mais se dispõe a doação depende da idade do paciente, se é jovem normalmente os pais, e se for idoso os filhos (A);

Acredito que quem tenha mais abertura são os cônjuges e os filhos (C).

Quando os pacientes são mais velhos, os filhos são mais abertos para conversas, do que quando são os pais de um paciente jovem (F);

É muito relativo, mas normalmente, pais e filhos (G);

Outro aspecto abordado pelos participantes refere-se às reações emocionais apresentadas pelos familiares após a confirmação da morte encefálica e durante a entrevista para a doação de órgãos. Foram mencionados sentimentos como alívio, surpresa, desespero, insegurança, negação e tristeza, demonstrando a complexidade emocional envolvida nesse momento. Tais reações podem ser observados nos relatos dos entrevistados A, C, D, E e H:

Depende, quando tem uma boa comunicação durante o protocolo é tranquilo, ficam aliviados pela espera. Mas quando a comunicação é ruim, é um desafio. Quando possui a possibilidade de doação, alguns ficam com o brilho nos olhos como ressignificação do óbito, ou de mutilação como se tivesse roubado um pedaço da pessoa (A).

Alguns não compreendem o ME, porque veem o paciente no leito, “vivo”, mas ao mesmo tempo morto (C).

A maioria fica surpresos, percebo que falta conhecimento pela sociedade (D).

Em relação à morte encefálica, eu percebo desespero. Até porque, na maioria das vezes, é uma notícia que vem de forma súbita. Então eles experimentam uma situação de sofrimento agudo, um choque. Com relação à captação de órgãos, eu percebo que em algumas situações ainda há um resquício de insegurança da família de que os aparelhos vão ser desligados só porque o hospital ou alguém está precisando de órgãos (E).

Negação da morte em si, depois vão assimilando que não tem volta independente da doação ou não, precisamos validar a morte. Às vezes é difícil de fazer com eles entenderem que naquele momento acabou, ou realiza-se a doação ou entregamos a eles (H).

Os relatos demonstram que a compreensão da morte encefálica ainda constitui um desafio para muitas famílias, especialmente pela presença de sinais fisiológicos mantidos por suporte mecânico e artificial, como batimentos cardíacos e temperatura corporal preservada. Essa dificuldade pode intensificar sentimentos de negação e insegurança, reforçando a necessidade de uma comunicação clara, contínua e adequada ao nível de compreensão dos familiares.

No que se refere às situações de conflitos ou resistência familiar, doze dos treze profissionais entrevistados relataram ter vivenciado experiências dessa natureza. Entre as situações mais frequentes destacaram-se a separação conjugal no momento da tomada de decisão sobre a doação dos órgãos de um filho; negação da morte encefálica; diferenças culturais e religiosas; divergência de opiniões entre familiares; e situações em que a pessoa legalmente responsável pela decisão não participou das abordagens realizadas durante o protocolo.

Para lidar com esses conflitos, os profissionais relataram utilizar diferentes estratégias, incluindo o suporte da equipe de psicologia, o acolhimento contínuo dos familiares, a presença de intérpretes em situações envolvendo familiares estrangeiros, a oferta de ambientes reservados e acolhedores para as entrevistas e o respeito às decisões tomadas pelas famílias. Esses aspectos foram evidenciados nos relatos dos entrevistados A, C, D, E e G:

Sim, muitos. Ouvindo, conversando, procurando entender com auxílio da psicologia. Quando tem algum conflito não realiza a doação, em situações com separação conjugal é ruim, por exemplo, a mãe quer e o pai não quer (A);

Sim, é uma situação difícil. Com equilíbrio emocional, ficamos angustiadas, pois a família não consegue compreender e está em negação (C);

Conflito nunca tive, mas passei por uma experiência, em que era uma africana, não sei de onde era, ela não falava nossa língua, quem se comunicava conosco eram 2 amigos dela, também africanos (D);

A gente media, entende que a dor da pessoa, que aquilo é a forma de manifestar o sofrimento dela, que ela está confiando na gente pra expressar aquele sofrimento, a preocupação, a inquietação, precisamos honrar isso, acolhendo, dando segurança, um espaço seguro para que a pessoa possa viver aquela experiência dolorosa dela (E);

Sim, várias, normalmente com famílias em que o pai e a mãe são separados, tínhamos que abordá-los separados, em momentos diferentes. Lidar com os conflitos familiares já está na rotina do enfermeiro, precisamos ter as artimanhas para conseguir articular e amenizar o conflito. Já aconteceu de um familiar aceitar e o outro não. E aí precisamos que entrem em um consenso e respeitemos a decisão (G).

Observou-se ainda a importância da atuação multiprofissional, especialmente da equipe de psicologia, atuante no suporte aos familiares durante o processo de luto e tomada de decisão. O acompanhamento psicológico favorece a expressão dos sentimentos, auxilia na mediação de conflitos e contribui para a construção de um ambiente acolhedor e seguro para os familiares.

Conforme preconiza a *Organización Nacional de Trasplantes* (2011), durante a entrevista familiar deve-se buscar a participação do maior número possível de familiares, especialmente daqueles que possuem poder de decisão legal. É fundamental garantir que essas pessoas estejam presentes durante a entrevista familiar, uma vez que o principal objetivo é alcançar uma decisão unânime e reduzir possíveis divergências familiares.

Além dos desafios relacionados às famílias, os participantes relataram dificuldades associadas à própria dinâmica do processo de trabalho. Entre os desafios enfrentados pela equipe destacaram-se falhas na comunicação entre profissionais, dificuldades decorrentes de diferenças culturais e religiosas e a necessidade de lidar com conflitos familiares. Diante dessas situações, os profissionais afirmaram oferecer suporte psicológico, acolhimento e, quando necessário, permitir a participação de amigos ou pessoas próximas para auxiliar na comunicação e no enfrentamento emocional da família. Esses aspectos foram mencionados pelos entrevistados A, B, D, E, I e L.

Comunicação ruim pela equipe do setor, antes da abordagem familiar pela equipe da CHT (A);

Cultura, ideologia religiosa. Ou quando a pessoa não acredita (B);

Ter que deixar o nosso trabalho no setor original, isso gera ansiedade (D);

As reações que as famílias têm, de sofrimento. Como lidar, o que fazer com isso, como fazer, o que dizer. Acho que as pessoas ficam muito preocupadas com isso (E);

Fazer com que essa família seja bem orientada, informar a família sobre todas as etapas, propiciar um bom acolhimento familiar (I);

Acho que mediar os conflitos (L).

Quando questionados sobre os incentivos e o suporte recebidos para atuar na Comissão Hospitalar de Transplantes, os profissionais destacaram a importância do apoio emocional e psicológico, do suporte oferecido pelos colegas de trabalho, da colaboração entre os setores de pronto-socorro e unidades de terapia intensiva, do auxílio prestado pelos profissionais mais experientes e do acompanhamento realizado pela Central Estadual de Transplantes. Também foi mencionada a necessidade de maior valorização profissional e melhor remuneração para os integrantes da comissão.

Esses aspectos podem ser observados nos relatos dos participantes A, D, E, F e L:

Apoio aos profissionais pela direção, coordenação da UTI, emergência, gestão estadual de transplantes, apoio dos colegas dentro do próprio hospital (A);

Apoio de uma enfermeira experiente na Central da SC Transplantes, nos momentos da entrevista, tanto tecnicamente, quanto emocionalmente.

Colegas de trabalho terem mais paciência nos momentos em que precisamos nos ausentar do setor, principalmente os médicos (D);

O grupo Balint, escuta psicológica individual, grupos de decompressão para a equipe poder falar sobre as suas impressões sem julgamento para falar livremente [...] construir estratégias de parceria entre os profissionais que irão fazer a abordagem. Isso traria muito mais satisfação aos profissionais que atuam na CHT do que a gente já tem (E);

Acompanhamento psicológico, porque acabamos nos envolvendo na história do paciente (F);

Acredito que as enfermeiras deveriam ser mais bem remuneradas, mais profissionais, não somente enfermeiro e médico [...] os treinamentos que fizemos com a SC transplantes devem ser mantidos. Apoio psicológico para os profissionais da equipe. (L)

De acordo com a Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina (2026), por meio do Edital de Chamamento Público nº 002/2026, os integrantes das Comissões Hospitalares de Transplantes podem receber uma gratificação no valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais), desde que possuam capacitação comprovada pela Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina.

Além disso, o *Guía Buenas Practicas en el proceso de la Donacion de Organos* (2011) recomenda que os coordenadores de transplantes sejam adequadamente reconhecidos e valorizados profissionalmente. Considerando que esses profissionais geralmente acumulam as atividades da comissão com outras funções assistenciais, torna-se fundamental que as instituições promovam não apenas incentivos financeiros, mas também reconhecimento profissional, apoio emocional e oportunidades contínuas de capacitação.

Sendo assim, os resultados demonstram que a aceitação familiar está diretamente relacionada à qualidade da comunicação, ao vínculo estabelecido com a equipe e à compreensão do diagnóstico de morte encefálica. Paralelamente, evidencia-se que a atuação dos profissionais é permeada por diversos desafios, tornando necessários o apoio emocional, a valorização profissional, a capacitação contínua e o suporte institucional.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos relatos possibilitou compreender as vivências e experiências dos profissionais que integram ou já integraram a Comissão Hospitalar de Transplantes (CHT), evidenciando que suas percepções e práticas são moldadas por diferentes particularidades, como tempo de atuação, formação profissional, experiência acumulada, capacidade de manejo das situações e estabelecimento de vínculo com os familiares, além da responsabilidade envolvida na comunicação de más notícias.

Cabe destacar que 77% dos profissionais entrevistados eram enfermeiras. Por meio das entrevistas, foi possível confirmar o papel central desse profissional na condução das atividades da Comissão, desde a abertura dos protocolos até a realização da entrevista familiar, em conjunto com a equipe multiprofissional, contribuindo para a obtenção da autorização para a doação e a efetivação dos transplantes.

Considerando o tempo de experiência dos participantes, observou-se a importância da atuação de profissionais capacitados e preparados para exercer essa função, bem como a necessidade de atenção à saúde mental desses trabalhadores. Os profissionais com maior tempo de atuação demonstraram maior segurança e domínio durante os relatos, fato esperado devido à participação em um número mais elevado de entrevistas familiares e situações relacionadas ao processo de doação de órgãos.

Outro aspecto relevante evidenciado pelos entrevistados refere-se à qualidade do atendimento prestado durante toda a internação hospitalar, desde a admissão do paciente na instituição. A forma como o paciente e seus familiares são acolhidos, o tempo de espera, a qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde e a clareza das informações fornecidas à família influenciam diretamente o processo de tomada de decisão em relação à doação.

Os resultados demonstram que o enfermeiro membro da CHT deve estar preparado para lidar, de forma ética, empática e respeitosa, com situações de recusa familiar. Entre os principais fatores relacionados à negativa para a doação identificados na pesquisa destacam-se: manifestação prévia do paciente em vida de que não desejava ser doador; discordância entre familiares, especialmente em casos de pais separados; idade jovem do potencial doador ou situações envolvendo crianças; fatores culturais e religiosos; ausência de vínculo entre a família e a equipe

assistencial; insuficiência de esclarecimentos sobre a morte encefálica; e, de forma menos frequente, a não aceitação da doação pelo fato de o paciente ter sido considerado uma pessoa ruim em vida.

Por outro lado, os participantes apontaram estratégias consideradas positivas para a entrevista familiar, entre elas: realização da entrevista em ambiente reservado; prática da escuta ativa; comunicação clara e acolhedora; construção de vínculo entre a equipe e os familiares; apoio psicológico para o enfrentamento dos sentimentos de tristeza, conflito e discordância; realização de entrevistas em dupla, preferencialmente com um profissional mais experiente acompanhado de um membro mais novo da equipe; e esclarecimentos adequados sobre o diagnóstico de morte encefálica.

Além disso, os pressupostos estabelecidos para este estudo foram confirmados, uma vez que os relatos evidenciaram a influência da comunicação, do acolhimento, das crenças culturais e religiosas e da experiência profissional no processo de abordagem familiar e na decisão sobre a doação de órgãos. Observou-se também que a equipe da Comissão Hospitalar de Transplantes é composta por profissionais com diferentes características e formas de conduzir a entrevista familiar. Enquanto alguns demonstram uma abordagem mais objetiva e reservada, outros apresentam maior sensibilidade e facilidade para estabelecer vínculo com os familiares.

Apesar dessas particularidades individuais, os resultados indicam que a equipe atua de forma qualificada, comprometida e integrada, refletindo positivamente nos índices de efetivação da doação de órgãos e no reconhecimento do trabalho desenvolvido junto às famílias. Ainda que existam aspectos passíveis de aperfeiçoamento, especialmente relacionados à uniformização das estratégias de comunicação e abordagem, de modo geral a equipe apresenta excelente desempenho, contribuindo de forma significativa para a qualidade da assistência prestada durante todo o processo de doação e transplante de órgãos.

Esta pesquisa buscou contribuir para melhoria dos serviços de saúde, para o aperfeiçoamento da prática profissional e para a qualificação da assistência prestada às famílias envolvidas no processo de doação e transplante de órgãos, promovendo a troca de experiências e a disseminação de boas práticas. Além disso, contribui para ampliar a compreensão acerca das vivências dos profissionais da Comissão Hospitalar de Transplantes, evidenciando potencialidades, desafios e estratégias utilizadas na abordagem familiar.

Espera-se que os resultados possam subsidiar ações de educação permanente, fortalecimento do trabalho multiprofissional, qualificação da assistência prestada às famílias envolvidas no processo de doação e transplante de órgãos e implementação de estratégias voltadas à promoção da saúde mental dos profissionais que atuam nesse contexto.

Por fim, os resultados obtidos possibilitam a elaboração de artigos científicos e outras produções acadêmicas, contribuindo para a divulgação dos achados e para o avanço do conhecimento científico na área de doação e do transplante de órgãos.

REFERÊNCIAS

BATISTA, M. E. P. et al. Justificativas de familiares para a não autorização de doação de órgãos: estudo documental. **Brazilian Journal of Transplantation**, [S. l.], v. 27, n. 1, p. e4524, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.53855/bjt.v27i1.627> PORT. Acesso em: 26 maio 2026.

DIAS, Ana Clara dos Santos; BEZERRA, Alzira Maria Nunes Soares; BEZERRA, Josennildes Nunes Soares. Dilemas éticos na doação de órgãos no Brasil. **Revista Piauiense de Enfermagem**, 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. Lei nº 15.378, de 6 de abril de 2026. Institui o Estatuto dos Direitos do Paciente. Brasília, DF: Presidência da República, 2026. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2026/lei-15378-6-abril-2026-798918-publicacaooriginal-178753-pl.html>. Acesso em: 5 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comunicação em situações críticas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_situacoes_criticas.pdf. Acesso em: 6 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Transplantes (SNT). **Lista de espera e transplantes realizados no Brasil no ano recorrente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/snt/lista-de-espera-e-transplantes-realizados-no-brasil-no-ano-recorrente>. Acesso em: 19 abr. 2026.

CARUSO, R.; FRANKE, C. **Morte encefálica: da identificação à manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos**. Porto Alegre: Central de Transplantes do Rio Grande do Sul, 2017. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20180422/24132259-manual-sobre-morte-encefalica.pdf>. Acesso em: 3 maio 2026.

COMPLEXO DE SAÚDE SÃO JOÃO DE DEUS (CSSJD). **Protocolo clínico de diagnóstico de morte encefálica (CIHDOTT)**. Divinópolis, 2022. Disponível em: [https://cssjd.org.br/imagens/editor/files/Portal%20da%20Transparencia/Protocolos%20CI%3%ADnicos/PTC%20DTEC%20003%20-%20MORTE%20ENCEF%3%81LICA%20\(CIHDOTT\).pdf](https://cssjd.org.br/imagens/editor/files/Portal%20da%20Transparencia/Protocolos%20CI%3%ADnicos/PTC%20DTEC%20003%20-%20MORTE%20ENCEF%3%81LICA%20(CIHDOTT).pdf). Acesso em: 3 maio 2026.

CORRÊA, D. G. et al. The role of neuroimaging in the determination of brain death. **Radiologia Brasileira**, [S. l.], v. 55, n. 6, p. 365–372, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2022.0016>. Acesso em: 26 maio 2026.

ELIZANDRO, D. P.; AMARANTE, L. B. do; KEENAN, C. S. Escala de coma de Glasgow no doente grave na UTI: uma revisão de literatura. **Revista Contemporânea**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 2308–2318, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.56083/RCV4N1-129>. Acesso em: 26 maio 2026.

EVALDT, C. F. et al. Competências do enfermeiro membro da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes. **Brazilian Journal of Transplantation**, [S. l.], v. 25, n. 3, p. e0222, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.53855/bjt.v25i3.464_pt. Acesso em: 26 maio 2026.

FAGUNDES, L. O. B. et al. Transplante de órgãos no Brasil – análise comparativa com os principais modelos internacionais: revisão integrativa. **Revista Contemporânea**, [S. l.], v. 5, n. 4, p. e7912, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.56083/RCV5N4-052>. Acesso em: 26 maio 2026.

FONTENELE, R. M. et al. To donate or not to donate: meanings of family refusal to donate organs and tissues. **Revista Enfermagem UFPI**, [S. l.], v. 12, n. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v12i1.3613>. Acesso em: 27 set. 2025.

GARCIA, C. D.; GARCIA, V. D.; PEREIRA, J. D. (org.). **Manual de doação e transplantes: informações práticas sobre todas as etapas do processo de doação de órgãos e transplante**. Porto Alegre: Libretos, 2022. Disponível em: https://site.abto.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Manual-dos-transplantesebook-versao-2022_compressed-1.pdf. Acesso em: 18 maio 2026.

GESSER, A. M.; SANTOS, M. S.; GAMBETTA, M. V. SPIKES: um protocolo para a comunicação de más notícias. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 7, n. 11, p. 103334–103345, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n11-111>. Acesso em: 26 maio 2026.

GIBELLO, J.; PARSONS, H. A.; CITERO, V. D. A. Importância da comunicação de más notícias no centro de terapia intensiva. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 16–24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.23.96>. Acesso em: 26 maio 2026.

KNIHS, N. D. S. et al. Family interview for organ and tissue donation: good practice assumptions. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 74, n. 2, p. e20190206, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0206>. Acesso em: 26 maio 2026.

LEININGER, Madeleine M.; MCFARLAND, Marilyn R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. 2. ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2006.

MARIGO, T. A. et al. Recusa familiar no processo de doação de órgãos: atuação do enfermeiro e entrevista familiar. **Medicus**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 33–41, 2022.

Disponível em: <https://doi.org/10.6008/CBPC2674-6484.2022.002.0005>. Acesso em: 26 maio 2026.

MORAIS, D. L. S. et al. Consentimento familiar para doação de órgãos: fatores que influenciam a decisão. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, [S. l.], v. 25, p. e19664, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reamed.e19664.2025>. Acesso em: 26 maio 2026.

ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES (ONT). **Guía de buenas prácticas en el proceso de la donación de órganos**. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. Disponível em: <https://www.ont.es>. Acesso em: 24 maio 2026.

MORAIS, D. L. S. et al. Consentimento familiar para doação de órgãos: fatores que influenciam a decisão. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, [S. l.], v. 25, p. e19664, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reamed.e19664.2025>. Acesso em: 26 maio 2026.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Estadual de Transplantes. **Manual para notificação, diagnóstico de morte encefálica e manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos**. 4. ed. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2023-05/manual_de_morte_encefalica_cet-pr-2023.pdf. Acesso em: 28 mai. 2026.

PEREIRA, K. G. B. et al. Doação de órgãos em serviço hospitalar: principais motivos à negativa na autorização. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 10, p. e4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769236087>. Acesso em: 26 maio 2026.

PINHEIRO, F. **Morte encefálica no paciente adulto: uma revisão integrativa da literatura**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/36714>. Acesso em: 21 abr. 2026.

RIBEIRO, K. G. et al. Comunicação de más notícias na educação médica e confluências com o contexto da pandemia de covid-19. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 3, e200605, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200605>. Acesso em: 26 maio 2026.

SANCHES, L. S. F.; LIMA, D. G. de; CORRÊA, P. K. V. Busca ativa na doação de órgãos para transplantes: relato de experiência de uma organização de procura de órgãos na Amazônia. **Pará Research Medical Journal**, Belém, v. 9, n. supl., 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/prmj.478>. Acesso em: 26 maio 2026.

SANTOS, R. L. dos et al. Atuação do enfermeiro na doação e transplante de órgãos: revisão integrativa de literatura. **Revista Recien**, [S. l.], v. 11, n. 36, p. 30–42, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.30-42>. Acesso em: 26 maio 2026.

TRAVELBEE, Joyce. **Interpersonal aspects of nursing**. 2. ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1971.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Edital de Chamamento Público para Seleção de Organização da Sociedade Civil nº 002/2026: Processo SES nº 17579/2026**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/>. Acesso em: 25 maio 2026.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Serviços Especializados e Regulação. Gerência da SC Transplantes. **Relatório anual da Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina – 2025**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2025. Disponível em: <https://sctransplantes.saude.sc.gov.br/index.php/pt/estatisticas?format=html>. Acesso em: 22 abr. 2026.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Serviços Especializados e Regulação. Gerência da SC Transplantes. **Relatório anual da Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina – 2026**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2026. Disponível em: <https://sctransplantes.saude.sc.gov.br/index.php/pt/estatisticas?format=html>. Acesso em: 22 abr. 2026.

SILVA, M. S. D. et al. Visita estendida como estratégia terapêutica para idosos em unidade de terapia intensiva: relato de experiência. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [S. l.], v. 12, n. 3, p. e7753, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/refacs.v12i3.7753>. Acesso em: 26 maio 2026.

SOUZA, G. A. de et al. A comunicação de más notícias em um hospital de emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 30, n. 3, p. e02022023, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025303.02022023>. Acesso em: 26 maio 2026.

TARDELLI MAIO, I.; AQUINO, A. B.; BOSCARDIM DE MORAES, G. Transplante de órgãos no Brasil: desafios e possibilidades. **ÍANDÉ: Ciências e Humanidades**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 131–142, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36942/iande.v8i1.990>. Acesso em: 26 maio 2026.

TRANSPLANT OBSERVATORY. **Global Observatory on Donation and Transplantation**. Madrid, 2024. Disponível em: <https://www.transplant-observatory.org/>. Acesso em: 19 abr. 2026.

TRIGUEIRO, G. M. et al. Doação e transplante de órgãos: conceito e legislação no âmbito médico. **Revista Interação Interdisciplinar**, v. 4, n. 1, p. 24–35, 2020. Disponível em: <https://publicacoes.unifimes.edu.br/index.php/interacao/article/view/885>. Acesso em: 26 maio 2026.

TRINDADE, T. D. S. et al. O papel do enfermeiro no processo de doação de órgãos e tecidos: revisão integrativa da literatura. **Medicus**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 7–14, 2022.

Disponível em: <https://doi.org/10.6008/CBPC2674-6484.2022.002.0002>. Acesso em: 26 maio 2026.

WESTPHAL, G. A. et al. Guidelines for the assessment and acceptance of potential brain-dead organ donors. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [S. l.], v. 28, n. 3, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160049>. Acesso em: 21 abr. 2026.

WESTPHAL, G. A. et al. Brazilian guidelines for the management of brain-dead potential organ donors. **Critical Care Science**, [S. l.], v. 33, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210001>. Acesso em: 26 abr. 2026.

APÊNDICES
APENDICE A – Entrevista para coleta de dados

Entrevista:
Data da entrevista:
Local:
Nome fictício:
Gênero:
Idade:
Formação:
Tempo de formação:
Tempo de experiências na área hospitalar:
Tempo de atuação na CHT:
Já participou em média de quantos protocolos?
Durante o tempo que atua ou atuou na comissão, teve alguma negativa familiar? Quais os principais motivos para recusa? Alguma que lhe marcou?
Você se considera preparado para realizar a abordagem familiar em casos de ME?
Recebeu algum tipo de capacitação específica sobre comunicação com familiares e doação e transplante de órgãos? Se sim, como foi? Considera suficiente?
Como costuma ser sua experiência na abordagem com a família, durante a abertura do protocolo de ME?
Quais sentimentos ou reações você vivencia durante a abordagem à família?
Como, em sua percepção, as famílias geralmente reagem ao serem informadas sobre a morte encefálica e a possibilidade de doação de órgãos? Dos membros que lealmente respondem pela captação, que possuem mais abertura para aceitação (pais, filhos, cônjuge, entre outros)?
Na sua experiência, quais fatores mais influenciam a aceitação na doação de órgãos pela família?
Como é conduzida a comunicação da equipe com a família durante o processo? (Por exemplo: quem realiza, em que momento, qual linguagem é usada, ambiente, etc.)

Quais estratégias você considera mais eficazes para promover o entendimento e o acolhimento da família nesse momento?
Já enfrentou situações de conflito ou resistência familiar durante esse processo? Como lidou com isso?
Como você avalia a atuação da equipe multiprofissional da CHT durante a abordagem familiar?
Quais são, na sua opinião, os principais desafios enfrentados pela equipe durante a abordagem familiar?
Que tipo de apoio (emocional, técnico ou institucional) você considera importante para melhorar esse processo?
Poderia compartilhar uma experiência marcante ou significativa que tenha vivido nesse contexto?

APENDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da Pesquisa: Do diagnóstico ao Transplante de Órgãos: Abordagem da Família na Perspectiva da Equipe da Comissão Hospitalar de Transplantes.

Objetivo: Conhecer o processo de abordagem e entrevista realizada com familiares de pacientes em morte encefálica pela equipe da Comissão Hospitalar de Transplante (CHT) em um hospital de grande porte no sul de Santa Catarina.

Período da coleta de dados: __/__/2026 a __/__/2026

Tempo estimado para cada coleta: 15 a 20 minutos

Local da coleta: Hospital São José

Pesquisador/Orientador: Rita Maria Lindemann

Telefone: (48) 99667-1454

Pesquisador/Acadêmico: Caroline Aparecida Crepaldi

Telefone: (48) 98862-6895

10 fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

Para desenvolver a pesquisa a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas em forma de questionamentos relacionados a sua prática profissional, vivências e experiências na Comissão Hospitalar de Transplantes, com ênfase na abordagem às famílias.

As entrevistas serão realizadas, transcritas e analisadas para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

A entrevista terá duração média de 15 a 20 minutos e que será realizada durante o horário de trabalho, conforme a disponibilidade do profissional.

Os participantes serão identificados na pesquisa com as letras do alfabeto (A, B, C, D, E...)

RISCOS

Perda da confidencialidade dos dados, para minimizar os riscos de exposição dos dados, será garantido que as coletas de dados serão realizadas sem qualquer identificação pessoal, mantendo a privacidade, a fim de manter os aspectos éticos.

BENEFÍCIOS

A realização da pesquisa contribuirá para aprimorar as técnicas de abordagem às famílias dos pacientes com diagnóstico de morte encefálica, a partir das experiências e vivências dos profissionais.

Refletindo o papel da Comissão Hospitalar de Transplantes (CHT), visando o aumento das doações de órgãos.

Melhorar a qualidade da assistência prestada e promover a troca de experiências.

A participação é voluntária, dessa forma, o participante poderá a qualquer momento desistir e desvincular-se da pesquisa, sem qualquer prejuízo.



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, entrar em contato com o(a) pesquisador(a) Rita Maria Lindemann pelo telefone (48) 99667-1454 e/ou pelo e-mail lindemannritamaria@gmail.com.

Dúvidas ou denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC. O CEP/UNESC se localiza na Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário, nas dependências do Bloco R1 – Sala 109, Criciúma, SC, com horário de funcionamento das 8:00 às 12:00 e das 13:30 às 17:30, de segunda a sexta-feira. Contato também pode ser feito pelo fone (48) 3431 2606 ou e-mail cep@unesc.net. O endereço da página do CEP/UNESC é www.unesc.net/cep.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

O CEP/UNESC integra o sistema nacional de ética em pesquisa, a CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde (CNS/MS).

Este documento, para ser válido, deve ter todas as páginas rubricadas pelo pesquisador responsável ou pessoa por ele delegada e pelo convidado - participante de pesquisa ou seu responsável legal (Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.5.d).



CEP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DE SERES HUMANOS



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante Assinatura Nome: _____ CPF: _____	Orientadora Responsável  Assinatura Nome: <u>RITA MARIA LINDEMANN</u> CPF: <u>002.114.590-38</u> Pesquisadora Responsável Assinatura Nome: _____ CPF: _____

Criciúma (SC), _____ de _____ de 2026.

ANEXO**ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP****RESOLUÇÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/ Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo:

Parecer n.º: 8.314.428

CAAE: 96220526.5.0000.0119

Pesquisador(a) Responsável: RITA MARIA LINDEMANN

Pesquisador(a): CAROLINE APARECIDA CREPALDI

Título: DO DIAGNÓSTICO AO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS: ABORDAGEM DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DA COMISSÃO HOSPITALAR DE TRANSPLANTES

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Todas e quaisquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 06 de abril de 2026.



Marco Antônio da Silva
Coordenador do CEP

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
Bloco R1 – Sala 109 | Fone (48) 3431 2606 | cep@unesc.net | www.unesc.net/cep
Horário de funcionamento do CEP: de segunda-feira a sexta-feira, das 8:00 às 12:00 e das 13:30 às 17:30