



DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS E MOTIVOS DE SUA NÃO EFETIVAÇÃO ORGAN AND TISSUE DONATION AND REASONS FOR ITS NON-REALIZATION DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS Y MOTIVOS DE SU NO EFECTIVIDAD

Caroline Elisa Bonetti¹, Adilson Adair Boes², Daniele Delacanal Lazzari³, Juliano de Amorim Busana⁴, Eleine Maestri⁵, Paula Bresolin⁶

RESUMO

Objetivo: descrever características do processo de doação de órgãos e tecidos e identificar fatores determinantes para a sua não efetivação. **Método:** estudo descritivo, transversal, retrospectivo e documental, de abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 102 prontuários. Os dados foram tabulados e armazenados em uma planilha eletrônica no *Microsoft Office Excel*, submetidos à análise estatística pelo SPSS, versão 18.0. **Resultados:** entre os motivos da não efetivação, estão: a recusa familiar (19); declaração em vida de não doador (13); questões religiosas (5); e desconhecimento da família sobre a vontade do paciente (2). Em 21 casos, a doação não ocorreu devido a contraindicações clínicas que impediram a finalização do processo de doação. **Conclusão:** o estudo proporcionou conhecimento sobre os principais motivos da não doação de órgãos e tecidos do paciente potencial doador, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias que potencializem esse processo, direcionadas aos fatores modificáveis, identificados como sendo limitantes para a efetivação da doação. **Descritores:** Doadores de Tecidos; Recusa de Participação; Morte Encefálica; Obtenção de Tecidos e Órgãos; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to describe characteristics of the process of organ and tissue donation and identify the determining factors for their non-realization. **Method:** descriptive, cross - sectional, retrospective and documentary study with quantitative approach. The sample consisted of 102 medical records. Data were tabulated and stored in a *Microsoft Office Excel* spreadsheet, submitted to statistical analysis in the SPSS, version 18.0. **Results:** among the reasons for non-realization of donations were found: family refusal (19); non-consent declaration of the patient while in life (13); religious issues (5); and the family's lack of knowledge about the patient's wishes (2). In 21 cases, the donation did not occur because of clinical contraindications that prevented the completion of the donation process. **Conclusion:** the study provided information about the main reasons for the non-realization of organ and tissue donation of potential donor patients and contributes to the advancements of strategies to potentiate this process, directed to modifiable factors that are identified as limiters to the effectiveness of donations. **Descriptors:** Tissue Donors; Refusal of Participation; Brain Death; Obtaining Tissues and Organs; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: describir características del proceso de donación de órganos y tejidos e identificar factores determinantes para su no efectividad. **Método:** estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y documental, de enfoque cuantitativo. La muestra fue compuesta por 102 prontuarios. Los datos fueron tabulados y almacenados en una planilla electrónica en *Microsoft Office Excel*, sometidos al análisis estadístico por el SPSS, versión 18.0. **Resultados:** entre los motivos de la no efectividad están: la recusa familiar (19); declaración en vida de no donador (13); cuestiones religiosas (5); y desconocimiento de la familia sobre la voluntad del paciente (2). En 21 casos, la donación no ocurre debido a contraindicaciones clínicas que impidieron la finalización del proceso de donación. **Conclusión:** el estudio proporcionó conocimiento sobre los principales motivos de la no donación de órganos y tejidos del paciente potencial donador, contribuyendo para el desarrollo de estrategias que potencialicen ese proceso, dirigidas a los factores modificables, identificados como siendo limitantes para la efectividad de la donación. **Descriptor:** Donantes de Tejidos; Negativa a Participar; Muerte Encefálica; Obtención de Tejidos y Órganos; Enfermería.

¹Enfermeira, Especialista em Urgência e Trauma, Unimed Vale dos Sinos. Novo Hamburgo (RS), Brasil. E-mail: carolbonetti.89@gmail.com; ²Enfermeiro, Mestre em Biologia Celular, Professor do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Feevale. Novo Hamburgo (RS), Brasil. E-mail: abab@feevale.br; ³Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: danielelazza@gmail.com; ⁴Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: julianobusana@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora do Curso de Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS. Chapecó (SC), Brasil. E-mail: eleinemaestri@gmail.com; ⁶Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/PPENF/UFSC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: paulabresolin5@gmail.com

INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos e tecidos é um processo que ocorre pela doação de um órgão ou tecido de um doador *post-mortem* ou vivo, sendo considerado como única terapêutica para o tratamento de diversas patologias crônicas e incapacitantes.¹⁻² No Brasil, a remoção de órgãos e tecidos para fins de transplante e tratamento é regida pelas Leis nº. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, e Lei nº 10.211, de 23 de março de 2000.

Para que o paciente possa se tornar um potencial doador, é necessário o diagnóstico de morte encefálica (ME). De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.480/97,³ a ME é entendida como a parada total e irreversível das funções encefálicas, devendo esta ser caracterizada e confirmada através da realização de exames clínicos e complementares, observando a variação de tempo entre os exames definida para cada faixa etária.

A doação de órgãos de doadores *post-mortem* envolve um conjunto de ações que visa efetivar o processo a partir da identificação de um potencial doador, que pode beneficiar mais de dez pacientes receptores com a doação de múltiplos órgãos e tecidos. Entre as principais causas da não efetivação do processo de doação de órgãos e tecidos, encontram-se: a recusa familiar; o fato do potencial doador não declarar sua vontade para os seus familiares; o grau de conhecimento sobre a morte encefálica e sobre a legislação que regulamenta o processo de doação e distribuição dos órgãos e tecidos doados;^{2,4-5} o grau de satisfação com o atendimento e humanização deste processo; e falha na detecção e notificação de potenciais doadores.²

Segundo o Registro Brasileiro de Transplantes, no território brasileiro foram realizados 47.108 transplantes em 2011 e 47.711 transplantes em 2012.⁶

Considerando que o número de potenciais doadores notificados é significativamente maior que o número de doadores efetivos, a compreensão e modificação dos fatores que influenciaram a resposta positiva ou negativa para a efetivação do potencial doador podem contribuir para fundamentar o planejamento das ações de promoção à doação de órgãos e tecidos, modificando os atuais dados de potenciais doadores e doadores efetivos, contribuindo, assim, para a redução das filas de espera por transplante.

OBJETIVOS

- Descrever características do processo de doação de órgãos e tecidos.
- Identificar fatores determinantes para a sua não efetivação.

MÉTODO

Estudo descritivo, transversal, retrospectivo, documental, de abordagem quantitativa, desenvolvido em um hospital público de atendimento a pacientes adultos de um município da região Sul do país, com atendimento de alta complexidade. A população do estudo foi composta por todos os prontuários de pacientes caracterizados como potenciais doadores de órgãos e tecidos, internados na instituição durante o período de janeiro de 2011 a dezembro de 2012, totalizando 113 prontuários.

Foram incluídos na pesquisa prontuários de ambos os sexos e com idade superior a 18 anos, procedentes de todos os setores/unidade do referido hospital. Foram excluídos da pesquisa os prontuários ilegíveis ou com dados incompletos (11 prontuários). A amostra do estudo foi estabelecida por conveniência, sendo constituída por 102 prontuários, incluídos no processo de notificação e captação de órgãos e tecidos, tendo o processo de doação efetivado ou não.

O projeto do presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Feevale e da instituição participante, sendo aprovado conforme pareceres nº. 185.384 e nº. 224.755, respectivamente. Destaca-se que todos os procedimentos éticos foram respeitados visando assegurar a privacidade e o sigilo dos dados pertinentes à identificação dos participantes da pesquisa e do hospital em estudo.⁷

A coleta de dados ocorreu durante o mês de agosto de 2013, os mesmos foram obtidos a partir do preenchimento de um instrumento de pesquisa elaborado pelos autores. Posteriormente, os dados foram tabulados e armazenados em uma planilha eletrônica no *Microsoft Office Excel*, compondo o banco de dados da pesquisa, sendo submetidos à análise estatística pelo programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 18.0. As variáveis nominais foram expressas a partir de análises de frequência e as contínuas a partir de média $\pm$ desvio padrão. A apresentação dos dados se deu por meio de tabelas.

Para verificar associação entre a idade do potencial doador com o óbito foi utilizado o teste de correlação de Pearson. Para verificar

a associação entre a efetivação da doação dos órgãos com a idade foi utilizado o teste t para amostras independentes e para a associação com as demais variáveis foi utilizado o teste $\alpha 2$, respeitando suas suposições. Para verificar a associação entre o motivo da não efetivação da doação com as demais variáveis foi utilizado o teste $\alpha 2$, respeitando, igualmente, suas suposições. A normalidade dos dados foi verificada a partir do teste de Kolmogorov

Smirnov. Para todos os testes foi considerado como significativo um $p < 0,05$.

RESULTADOS

Dos 102 prontuários de pacientes potenciais doadores de órgãos e tecidos analisados, verificou-se que 56,86% dos pacientes eram do sexo feminino, com idades variando de 18 a 79 anos, sendo a média de 49 anos, conforme a Tabela 1.

Tabela 1. Características dos potenciais doadores de órgãos e tecidos e local do diagnóstico de Morte Encefálica. Porto Alegre (RS), Brasil (2012)

Variáveis	n=102	%
Sexo		
Masculino	44	43,14
Feminino	58	56,86
Idade	49,02 ± 15,80	
Escolaridade		
Não alfabetizado	7	6,86
Ensino fundamental completo	77	75,49
Ensino médio completo	15	14,71
Ensino superior completo	3	2,94
Local do diagnóstico		
UTI	78	76,47
Emergência	18	17,65
Sala de recuperação	6	5,88
No item idade, os dados foram expressos a partir de média ± desvio padrão.		

Quanto à escolaridade da amostra, houve predominância (75,49%) do Ensino Fundamental Completo. O local onde ocorreu a maior frequência de pacientes com diagnóstico de ME foi na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (76,47%), seguido dos setores de emergência e sala de recuperação anestésica. Justifica-se este achado, visto que os pacientes que evoluem para ME necessitam de acompanhamento intensivo para a manutenção adequada de suas condições clínicas.

Quanto aos testes clínicos realizados para o desenvolvimento do protocolo de diagnóstico de ME, observa-se que as especialidades médicas que os aplicam com maior frequência são os intensivistas e os neurocirurgiões, sendo que os primeiros predominam na realização do 1º teste (65,69%) e os segundos realizam com maior frequência o 2º teste clínico, como pode ser observado na Tabela 2.

A amostra evidenciou que 29,41% dos casos teve tempo entre 12 e 24 horas a partir da sua internação para a realização do 1º teste clínico. Com relação ao tempo entre o 1º e o 2º, 82,35% dos casos se deu igualmente entre

12 e 24 horas. Nenhum paciente realizou o 2º teste clínico em menos de seis horas a partir da realização do 1º teste.

Quanto ao tempo entre o 2º teste clínico e a realização do exame de imagem, verificou-se que em 28,43% dos casos se deu em menos de 24 horas, seguido de 27,46% com período de mais de 72 horas. Os dados sem informação correspondem aos pacientes que não concluíram o protocolo de morte encefálica devido à instabilidade hemodinâmica, contraindicação clínica e/ou pelo fato de evoluírem a óbito durante o protocolo de ME.

No que se refere à causa da ME, houve predomínio (27,45%) do diagnóstico de pacientes que apresentaram Hematoma Subaracnoide (HSA), seguido de Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) (22,55%) e Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVC-H) (22,55%), entre outras causas com menor frequência.

Tabela 2. Testes clínicos e especialidades médicas que aplicaram o protocolo de Morte Encefálica e a causa de tal diagnóstico. Porto Alegre (RS), Brasil (2012)

Variáveis	n	%
Especialidade médica que realizou o 1º teste		
Neurocirurgião	24	23,53
Intensivista	67	65,69
Socorrista	1	0,98
Sem informação	10	9,80
Especialidade médica que realizou o 2º teste		
Neurocirurgião	66	64,71
Intensivista	9	8,82
Socorrista	9	8,82
Sem informação	18	17,65
Tempo até o 1º teste		
06 - 12 horas	18	17,65
12 - 24 horas	30	29,41
24 - 36 horas	5	4,9
36 - 48 horas	3	2,94
60 - 72 horas	20	19,61
>72 horas	9	8,82
Sem informação	17	16,67
Tempo do 1º para o 2º teste		
06 - 12 horas	6	5,88
12 - 24 horas	84	82,35
60 - 72 horas	1	0,98
>72 horas	1	0,98
Sem informação	10	9,80
Tempo do 2º teste até o exame de imagem		
< 24 horas	29	28,43
< 48 horas	11	10,78
< 72 horas	7	6,86
> 72 horas	27	26,47
Sem informação	28	27,46
Causa da ME		
Hemorragia Subaracnoide	28	27,45
Traumatismo Crânio Encefálico	23	22,55
Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico	23	22,55
Traumatismo Crânio Encefálico + Hemorragia Subaracnoide	10	9,80
Outros	8	7,85
Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	5	4,90
Hemorragia Subaracnoide + Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico	3	2,94
Tumor Cerebral	1	0,98
Tumor Cerebral + Hemorragia Subaracnoide	1	10,98

A partir da Tabela 3 é possível verificar que 50,98% das entrevistas foram realizadas por técnico de enfermagem. Enfermeiro foi o segundo profissional que mais realizou

entrevistas com a família. Nos casos em que não foi realizada a abordagem familiar o motivo foi a não conclusão do protocolo de ME.

Tabela 3. Entrevista familiar, profissional entrevistador e o grau de parentesco do entrevistado com o paciente em ME. Porto Alegre (RS), Brasil (2012)

Variáveis	n	%
Tipo de profissional		
Técnico de enfermagem	52	50,98
Assistente Social	4	3,92
Outros	20	19,61
Enfermeiro	10	9,80
Não realizado	16	15,69
Grau de parentesco		
Filho(a)	26	25,49
Esposo(a)	21	20,59
Pais	18	17,65
Irmão(ã)	9	8,82
Tio(a)	1	0,98
Outro	3	2,94
Não registrado	24	23,53

Verificou-se que dentre os potenciais doadores, 41,18% tiveram o processo efetivado, sendo que um paciente foi encaminhado para realizar a extração dos órgãos em outro hospital, conforme

orientação da Central de Transplantes do Estado. Dentre os motivos declarados para a não doação, o mais frequente foi a recusa familiar (31,67%), seguido da não declaração em vida de não doador, religião e

desconhecimento da família sobre a vontade do paciente.

Dentre os motivos da recusa familiar, constatou-se que estes estavam relacionados com: evento anterior traumatizante; família abordada em momento inadequado; familiares que desejam o corpo íntegro; e divergência entre familiares; todos considerados modificáveis. Cabe ressaltar que também foram encontrados fatores não modificáveis relacionados à contraindicação clínica.

Nesta pesquisa, verificou-se que 35% das não doações foram decorrentes de outros motivos, tais como o óbito antes de iniciar ou concluir o protocolo de ME (47,62%), paciente com contraindicação (38,10%), tempo expirado para doação após o óbito (4,76%), paciente residente em comunidade terapêutica que dependia de autorização judicial para ser doador (4,76%) e paciente com registro em RG de não doador (4,76%).

Realizou-se a associação entre a efetivação ou não do processo de doação de órgãos e tecidos com as demais variáveis e identificou-se associação estatisticamente significativa

entre a efetivação da doação e a idade do paciente. Sendo assim, os pacientes com média de idade menor foram os que mais tiveram efetivação no processo de doação (p 0,04), conforme a Tabela 4.

A amostra permitiu verificar que nos potenciais doadores de órgãos e tecidos em que ocorreu a doação, o sexo com maior frequência foi o feminino (61,90%), com idade média de 42,26 ± 15,54 anos. A causa mais frequente de ME foi o TCE (30,95%). A abordagem familiar foi realizada por técnicos de enfermagem (37,81%) e o familiar abordado foi o marido (a) (30,85%).

Já na não efetivação da doação, o sexo com maior frequência foi o feminino (53,33%), com idade média de 51,66 ± 15,57 anos. A causa da ME mais frequente foi Hemorragia Subaracnoide (26,67%). A abordagem familiar foi realizada por técnicos de enfermagem (35%) e o familiar mais abordado foi o(a) filho(a) (23,33%).

Tabela 4. Associação da efetivação ou não da doação com as demais variáveis do estudo. Porto Alegre (RS), Brasil (2012)

Variáveis	Doação efetiva		P
	Sim n = 42	Não n= 60	
Sexo			
Masculino	16 (38,10%)	28 (46,67%)	
Feminino	26 (61,90%)	32 (53,33%)	
Idade	42,26 ± 15,54	51,66±15,57	0,04
Causa da ME			0,37
Traumatismo Crânio Encefálico	13 (30,95%)	10 (16,67%)	
Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico	7 (16,67%)	16 (26,67%)	
Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	2 (4,76%)	3 (5%)	
Tumor Cerebral	0 (0%)	1 (1,67%)	
Hemorragia Subaracnoide	12 (28,57%)	16 (26,67%)	
Hemorragia Subaracnoide + Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico	1 (2,38%)	2 (3,33%)	
Tumor Cerebral + Hemorragia Subaracnoide	1 (2,38%)	0 (0%)	
Traumatismo Crânio Encefálico + Hemorragia Subaracnoide	5 (11,90%)	5 (8,33%)	
Outros	1 (2,38%)	7 (11,67%)	
Abordagem Familiar			0,06
Enfermeiro	2 (4,76%)	8 (13,33%)	
Assistente Social	1 (2,38%)	3 (5%)	
Técnico de Enfermagem	31 (73,81%)	21 (35%)	
Não realizado	0 (0%)	16 (26,67%)	
Outros	8 (19,5%)	12 (20%)	
Grau de Parentesco			0,23
Pais	11 (26,19%)	7 (11,67%)	
Irmão(ã)	6 (14,29%)	3 (5%)	
Tio(a)	0 (0%)	1 (1,67%)	
Filho(a)	12 (28,57%)	14 (23,33%)	
Esposo(a)	13 (30,95%)	8 (13,33%)	
Outros	0 (0%)	3 (5%)	
Não realizado	0 (0%)	24 (40%)	
Dados expressos a partir de média ± desvio padrão.			

Identificou-se também a associação entre os motivos da não doação com as demais variáveis do estudo, conforme Tabela 5.

Tabela 5. Associação entre os motivos da negativa de doação de órgãos com as demais variáveis do estudo. Porto Alegre (RS), Brasil (2012)

Motivos da não doação de órgãos						
Variáveis	Recusa familiar n=19	Religião n=5	Desconhecimento sobre a vontade do paciente n=2	Declaração em vida de não doador n=13	Outros motivos n=21	p
Sexo						0,07
Masculino	8 (42,11%)	3 (60%)	0 (0%)	10(76,92%)	7 (33,33%)	
Feminino	11(57,89%)	2 (40%)	2 (100%)	3 (23,08%)	14(66,67%)	
Escolaridade						0,71
Analfabeto	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (15,38%)	2 (9,53%)	
Ensino fundamental completo	15 (78,95%)	5(100%)	1 (50%)	8 (61,54%)	15 (71,43%)	
Ensino médio completo	3 (15,79%)	0 (0%)	1 (50%)	2 (15,38%)	4 (19,05%)	
Ensino superior completo	1 (5,26%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Local do diagnóstico						0,07
UTI geral	16 (84,21%)	1(205%)	2 (100%)	10(76,92%)	17(80,95%)	
Emergência	2 (10,53%)	4 (80%)	0 (0%)	3 (23,08%)	3 (23,08%)	
Sala de recuperação	1 (5,265%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,76%)	
Demais dados expressos a partir de análise de frequência.						

Nos potenciais doadores em que não ocorreu a doação, 12,75% se deram por declaração de não doador em vida, o sexo com maior incidência foi o masculino (76,92%), com escolaridade mais frequente o Ensino Médio Completo (61,54%) e com diagnóstico de ME em 76,92% dos casos.

Entre os potenciais doadores que não efetivaram a doação, 21,67% foram devido à recusa familiar, o sexo com maior incidência foi o feminino (57,89%), com Ensino Fundamental Completo (63,64%).

DISCUSSÃO

Em relação às características dos potenciais doadores de órgãos e tecidos relativas à idade e sexo, este estudo apontou maior incidência do sexo feminino e média de idade de 49,02 anos. Os dados aqui apresentados diferem de outro estudo⁸ cuja incidência foi maior em pacientes do sexo masculino (63,5%), com faixa etária predominante entre 51 e 79 anos (48,6%). Os dados também diferem daqueles apontados pelo Ministério da Saúde, que apontou que entre os 10 e 69 anos o sexo masculino morre mais que o sexo feminino e após os 70 anos esta realidade se inverte, sendo a mortalidade entre o sexo feminino maior que entre o sexo masculino.⁹

Apesar de parte das pesquisas mostrar maior incidência de potenciais doadores do sexo masculino, estudos realizados em São Paulo¹⁰ e Rio Grande do Norte¹¹ corroboram com os resultados desta pesquisa.

As características relativas ao sexo e idade dos potenciais doadores vão de encontro a outras pesquisas realizadas no Brasil sobre o mesmo tema, em que a maior parte é do sexo masculino, com faixa etária até 45 anos, justificável pela prevalência de homens em traumas violentos graves, tais como

ferimentos por arma de fogo ou branca e acidentes de trânsito. Com relação à faixa etária, há indícios de que esta vem aumentando, possivelmente em decorrência do processo de envelhecimento da população brasileira e da flexibilização dos critérios clínicos de inclusão de doadores de órgãos.¹²

Quando analisada a escolaridade, a amostra do presente estudo evidenciou que 75,49% possuíam Ensino Fundamental Completo (n=77), semelhante aos resultados de estudo citado anteriormente.⁸ Porém, há estudos que apontam a baixa escolaridade como predominante.

Com relação ao local em que ocorreu o diagnóstico de ME, a UTI apresentou predominância. O paciente potencial doador de órgãos e tecidos requer cuidados específicos e intensivos em virtude das várias alterações fisiológicas e principalmente hemodinâmicas.¹⁰ É nas UTIs que se encontram os pacientes com lesões neurológicas agudas graves, especialmente as traumáticas, que não raramente evoluem para a ME.² Segundo a Resolução do CFM nº 1.480/97,³ para que se possa diagnosticar a morte encefálica, é necessária a realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para cada faixa etária. Os dados obtidos durante o protocolo de ME devem ser registrados no Termo de Declaração de Morte Encefálica, em que deve constar o registro dos exames clínicos, que devem ser realizados por profissionais de especialidades médicas diferentes.³ Esses profissionais não podem estar vinculados com a equipe de captação e transplantes de órgãos e tecidos.¹³

As avaliações clínicas devem ocorrer com intervalos de tempo variados e em momentos distintos, de acordo com a faixa etária em que o paciente se encontra. Em pacientes adultos,

o intervalo entre as duas avaliações deve ser de seis horas.⁶

Os principais motivos da morte entre os potenciais doadores foram: 32% devido a Traumatismo Crânio Encefálico; 29,8% Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico; 23,4% por Ferimento por Arma de Fogo (FAF); 8,5% por causas desconhecidas; e 6,3% por outras causas.⁸

A entrevista com os familiares ou responsáveis é um momento delicado, pois a gravidade e a iminência da morte são situações traumáticas para a família devido a, em grande parte das vezes, esta não aceitar a perda, resultando em tristeza e estresse.¹⁴

As Comissões Intra-Hospitalares de Transplantes permitem uma melhor organização da captação de órgãos, melhor identificação dos potenciais doadores, adequada abordagem dos familiares e melhor articulação, desta forma tendem a viabilizar uma ampliação da quantidade na captação dos órgãos e tecidos.^{6,15} Nesse contexto, a equipe de captação de órgãos e tecidos deve ser composta por profissionais de categorias diferentes. A abordagem pode ser realizada por um médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo ou técnico de enfermagem. Estes profissionais não devem compor a equipe que atende o paciente durante a sua internação.¹⁶

A avaliação do potencial doador de órgãos e tecidos inicia com uma cuidadosa revisão da história clínica e social e detalhado exame físico deste paciente devido a alguns casos de ME ser causado por tumores do sistema nervoso central, uso de drogas e intoxicações. Este cuidado se faz necessário, uma vez que a contraindicação é um fator impeditivo para doação de órgãos e tecidos.¹⁷

De acordo com os dados obtidos a partir deste estudo e relacionados com a lista de espera pelo transplante, identificou-se que as causas que levam a não efetivação da doação são na maioria das vezes fatores modificáveis, tais como a recusa familiar. Nesta perspectiva, o enfermeiro possui papel fundamental para o alcance do sucesso na captação dos órgãos. Cabe a ele promover a assistência de alto nível tanto ao potencial doador, bem como a sua família.¹⁸

CONCLUSÃO

Diante da grande demanda da lista de espera pelo transplante e da pequena taxa de efetivação da doação de órgãos e tecidos, o presente estudo proporcionou maiores informações sobre as características do processo a que é submetido o potencial doador de órgãos e tecidos. Pode-se

considerar que a não efetivação da doação esteve diretamente ligada aos fatores modificáveis, tais como a recusa familiar, a vontade do paciente já declarada em vida e as convicções religiosas. Desta forma, faz-se necessário que sejam realizadas campanhas educacionais com o propósito de promover o registro de doadores e de incentivar que eles compartilhem essa decisão com seus familiares, buscando diminuir as negativas da doação de órgãos e tecidos devido à recusa familiar. Ainda se encontrou como motivo da não doação a contraindicação, sendo esta um fator não modificável.

Cabe ressaltar que a entrevista familiar também é um ponto importante para que ocorra a efetivação da doação. Neste sentido, faz-se necessário que a equipe esteja devidamente treinada para abordar a família, pois este é um momento delicado e dolorido para os familiares. A abordagem deve ocorrer em um local calmo onde a família se sinta confortável e todas as dúvidas da família devem ser esclarecidas para que desta forma a melhor decisão seja tomada.

A atuação do enfermeiro no processo de captação e doação de órgãos e tecidos é essencial e crucial. Cabe a ele planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem prestados ao potencial doador de órgãos e tecidos. Assim sendo, o enfermeiro deve estar capacitado e qualificado para prestar os cuidados ao potencial doador para que se possa ter o melhor aproveitamento de todos os órgãos possíveis de serem captados, contudo, acredita-se que desse modo essas estratégias poderão contribuir para a diminuição da taxa da não efetivação da doação quando relacionada com os fatores modificáveis acima citados, oportunizando, assim, o aumento das doações e redução nas filas de espera por transplante.

REFERÊNCIAS

1. Pestana AL, Santos JLG, Erdmann RH, Silva EL, Erdmann AL. Lean thinking and brain-dead patient assistance in the organ donation process. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [cited 2016 June 12];47(1):258-64. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/en_a33v47n1.pdf
2. Mattia AL, Rocha AM, Filho JPA, Barbosa MH, Rodrigues MB, Oliveira MG. Analysis of the difficulties in the process of organ donation: an integrative bibliographical survey Bioethikos [Internet]. 2010 [cited 2016 Jul 09];4(3):66-74. Available from:

<https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/73/66a74.pdf>

3. Conselho Federal de Medicina. [BR] Resolução nº 1.480, de 08 de agosto de 1997. Estabelece os critérios para caracterização de morte encefálica. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil [Internet], Brasília, DF, 21 ago 1997 [cited 2016 June 12]. Seção1:18.227-8. Available from: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm
4. Levin AK, Teixeira LKS, Cipullo R. Evaluation of potential organ donors and refusals not to do it in goers in a hospital complex in São Paulo. Rev Ciênc saúde [Internet]. 2012 [cited 2016 Jul 17];2(2):13-22. Available from: http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/view/97/88
5. Teixeira RKC, Gonçalves TB, Silva JAC. Is the intention to donate organs influenced by the public's understanding of brain death?. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2012 [cited 2016 July 15]; 24(3):258-62. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbti/v24n3/en_v24n3a09.pdf
6. Silva OC, Souza FF, Nejo P. Donation of organs for transplants in brazil: what is missing? what can be done? ABCD Arq Bras Cir Dig [Internet]. 2011 [cited 2016 July 16];24(2):93-4. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abcd/v24n2/en_a01v24n2.pdf
7. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: MS; 2012 [cited 2016 June 23]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cn/2013/res0466_12_12_2012.html
8. Dalbem GG, Caregnato RCA. Organ and tissue donation for transplant: family refusal. Texto & Contexto Enferm [Internet]. 2010 [cited 2016 July 17];19(4):728-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/16.pdf>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde [Internet]. Brasília (DF):MS; 2010 [cited 2016 Jan 14]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2009.pdf

10. Fusco CC, Marcelino CAG, Araújo MN, Ayoub AC, Martins CP. Profile of effective donors of multiple organs and tissues by the Organ Procurement Organization in a public institution of cardiology. JBT- J Bras Transpl [Internet]. 2009 [cited 2016 Jan 23];12(2):1109-12. Available from: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/JBT/2009/2.pdf>
11. Freire ILS, Vasconcelos QLDAQ, Araújo RO, Pinto JTJM, Torres GV. Characterization of the potential donors of organs and tissues for transplantation. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2016 June 23];7(1):184-91. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2854/pdf1877>
12. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro/dezembro 2012. RBT. Registro Brasileiro de Transplantes [Internet] 2014 [cited 2014 June 31] 20(3). Available from: <http://www.abto.org.br/abtov03/upload/file/RBT/2012>
13. Morato EG. Brain death: essentials concepts, diagnosis and update. Rev Méd Minas Gerais [Internet]. 2009 [cited 2016 Jan 23];19(3):227-36. Available from: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/428>
14. Moreira CV, Ferraz BER. A receptividade da notícia da morte encefálica nos familiares de doadores de órgãos e tecidos para transplante. Enferm Glob [Internet]. 2009 [cited 2016 June 23];16:1-8. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/pt_misclanea3.pdf
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.752, de 23 de setembro de 2005. Determina a constituição de comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. Diário Oficial da União. 27 set 2005 [cited 2016 Dec 18]; Seção 1:54. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1752_23_09_2005.html
16. D'Império F. Morte Encefálica, Cuidados ao Doador de Órgãos e Transplante de Pulmão. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2007 [cited 2016 Jan 23];19(1):74-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n1/a10v19n1.pdf>
17. Marinho A. A situação dos transplantes de órgãos no Brasil. Texto para discussão, n.1.389 [Internet]. 2009 [cited 2014 June 30].

Bonetti CE, Boes AA, Lazzari DD et al.

Doação de órgãos e tecidos e motivos de sua...

Available from:
http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4628

18. Mendes KDS, Roza BA, Barbosa SFF, Schirmer J, Galvão CM. Organ and tissue transplantation: responsibilities of nurses. Texto & Contexto Enferm [Internet]. 2012 [cited 2016 Jan 16];21(4):945-53. Available from:

http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/en_27.pdf

Submissão: 09/09/2016

Aceito: 28/07/2017

Publicado: 15/09/2017

Correspondência

Daniele Delacanal Lazzari
Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem, bloco H, 4º andar, sala 414
CEP: 88040-900 – Florianópolis (SC), Brasil