

Perfil do potencial doador e a recusa familiar para doação de órgãos

Profile of potential donor and family refusal to donate organs

Perfil del posible donante y rechazo familiar para donar órganos

Recebido: 30/01/2020 | Revisado: 12/02/2020 | Aceito: 14/02/2020 | Publicado: 27/02/2020

Cíntia Marchesan Passos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4311-2745>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: cissa.marchesan@gmail.com

Rosemary Silva da Silveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0671-0022>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: rosemaryssilveira@gmail.com

Guilherme Lerch Lunardi

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3250-2796>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: gllunardi@furg.com

Laurelize Pereira Rocha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9334-6550>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: laurelize@gmail.com

Jessica da Silva Reis Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5611-8495>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: jessica.jessica.reis53@gmail.com

Évilin Diniz Gutierrez

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2263-6520>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: evilingutierrez@hotmail.com

Resumo

Identificar o perfil do potencial doador de uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes do extremo Sul do país e os motivos de recusa familiar

para a doação de órgãos e tecidos para transplantes. Estudo quantitativo retrospectivo de caráter documental, com coleta de dados por meio de 91 protocolos de morte encefálica, entre os anos de 2012 e 2017. Analisaram-se os dados por meio de estatística descritiva. Quanto ao consentimento familiar, pode-se constatar um total de 47 negativas e 44 positivas familiares para a doação de órgãos, obtendo-se como justificativa de maior frequência para a recusa familiar, o desconhecimento da decisão do potencial doador, seguida da convicção prévia do potencial doador em não ser doador de órgãos, seguido da preservação da integridade do corpo. Ao traçar o perfil do potencial doador identificou-se, uma maior predominância do sexo masculino, média de idade de 43 anos e o Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico como causa de maior frequência de morte encefálica. A descrição do perfil do potencial doador e dos principais motivos para a recusa familiar podem contribuir para o planejamento e desenvolvimento de intervenções que estimulem a doação de tecidos e órgãos.

Palavras-chave: Transplante de Órgãos; Obtenção de Tecidos e Órgãos; Entrevista; Ética; Pessoal de Saúde; Enfermagem.

Abstract

To identify the profile of the potential donor of an Intra-Hospital Committee for Donating Organs and Tissues for Transplants in the extreme south of the country and the reasons for family refusal to donate organs and tissues for transplants. Retrospective quantitative study of documentary character, with data collection through 91 brain death protocols, between the years 2012 and 2017. Data were analyzed using descriptive statistics. Regarding family consent, a total of 47 negative and 44 positive family members for organ donation can be verified, resulting in the most frequent justification for family refusal, the ignorance of the decision of the potential donor, followed by conviction potential donor prior to not being an organ donor, followed by the preservation of the body's integrity. When tracing the profile of the potential donor, a greater predominance of males was identified, with an average age of 43 years and the Hemorrhagic Stroke as the cause of higher frequency of brain death. The description of the profile of the potential donor and the main reasons for family refusal can contribute to the planning and development of interventions that encourage the donation of tissues and organs.

Keywords: Organ Transplantation; Tissue and Organ Procurement; Interview; Ethic; Health Personnel; Nursing.

Resumen

Identificar el perfil del donante potencial de una Comisión Intrahospitalaria para Donar Órganos y Tejidos para Trasplantes en el extremo sur del país y los motivos de la negativa familiar a donar

órganos y tejidos para trasplantes. Un estudio cuantitativo retrospectivo de carácter documental, con recolección de datos utilizando 91 protocolos de muerte cerebral, entre los años 2012 y 2017. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva. En cuanto al consentimiento de la familia, se puede verificar un total de 47 miembros de la familia negativos y 44 positivos para la donación de órganos, lo que resulta en la justificación más frecuente para el rechazo familiar, la falta de conocimiento de la decisión del donante potencial, seguido de una condena donante potencial antes de no ser un donante de órganos, seguido de la preservación de la integridad del cuerpo. Al rastrear el perfil del donante potencial, se identificó un mayor predominio de hombres, con una edad promedio de 43 años y el accidente cerebrovascular hemorrágico como la causa más frecuente de muerte cerebral. La descripción del perfil del donante potencial y las principales razones del rechazo familiar pueden contribuir a la planificación y el desarrollo de intervenciones que fomenten la donación de tejidos y órganos.

Palabras clave: Trasplante de Órganos; Obtención de Tejidos y Órganos; Entrevista; Ética; Personal de Salud; Enfermería.

1. Introdução

A evolução científica trouxe a multiplicação dos tipos de tratamentos para as mais variadas doenças. Deste modo, o surgimento do transplante de órgãos, de tecidos e de partes do corpo humano assinala um avanço no campo da medicina (Leite, et al.,2017). O país, ao longo dos anos, tem apresentado inúmeras melhorias no processo de doação de órgãos, tanto no aperfeiçoamento de procedimentos e técnicas como também na formulação de leis e políticas públicas, que possibilitaram a criação do Sistema Nacional de Transplante, e a necessidade de instituir uma Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) para cada Estado Brasileiro e Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), tornando-se um dos maiores programas públicos do mundo (BRASIL, 2017).

No Brasil, a Lei 10.211/2001 determina a autorização por escrito de parentes de primeiro ou segundo grau ou cônjuge com relação comprovada, sem a qual a retirada de órgãos seria impedida, independentemente do desejo em vida do potencial doador (Brasil, 2001). Dessa forma, concluído o diagnóstico de morte encefálica e afastadas as contraindicações para a doação, solicita-se a presença da família para a comunicação do diagnóstico e, em seguida, a realização da abordagem familiar sobre a possibilidade de doar os órgãos do potencial doador Halldorson & Roberts (2013). Entende-se por potencial doador todo indivíduo que esteja em coma aperceptivo e arreativo e que não tenha nenhuma doença

que inviabilize a doação, designa-se doador falecido, o indivíduo com diagnóstico confirmado de morte encefálica, conforme a resolução estabelecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) (Garcia, et al.,2015).

Apesar dos avanços nas políticas públicas e do crescente número de doadores efetivos e concretização do transplante no Brasil, a oferta ainda não supera a demanda. Em 2017, o país apresentou 3.415 doadores efetivos, alcançando a taxa de 16,6 por milhão de população (PMP), número bem abaixo da Espanha, que atingiu 46,9 (PMP) em 2017. Embora contabilizem 23.772 transplantes realizados em 2017, a necessidade estimada era de 39.362 órgãos, o que representa déficit de 15.590 órgãos, apenas neste ano. Em 2018, a taxa de doadores efetivos cresceu apenas 2,4%, no entanto, o crescimento da taxa de transplante de órgãos com doador falecido foi de somente 0,7%, tendo passado de 41,0 (PMP) para 41,3 (PMP), revelando um aumento na taxa de não utilização dos órgãos dos doadores falecidos (ABTO, 2018).

Em comparação, os Estados Unidos, com população de 325 milhões de habitantes, realizou no mesmo ano 34.770 transplantes, a partir de 16.473 doadores (Espanha, 2018). A Espanha mantém desde 1992 o recorde mundial de doadores de órgãos, em 2017, a taxa foi de 46,9 (PMP), totalizando 2.183 doações e 5.261 órgãos transplantados. Pelo terceiro ano consecutivo, superaram os 100 transplantes (PMP), chegando em 2017 a 113 (PMP), o que reduziu a lista de espera de 5.480 pacientes, no final de 2016, para 4.896 no final de 2017 (Espanha, 2018).

Diante do exposto, a presente pesquisa se justifica pela necessidade de estudar os fatores relacionados à estrutura, ao processo, ao perfil sociodemográfico do potencial doador e aos resultados obtidos, em termos de aceite ou rejeição, de uma instituição do Sul do país, para que seja viável detectar eventuais fragilidades que possam interferir na efetividade da doação e, dessa forma, fornecer subsídios para o planejamento de ações que venham melhorar a qualidade da assistência prestada tanto aos potenciais doadores quanto às famílias entrevistadas.

Neste sentido, o presente estudo objetivou identificar o perfil do potencial doador de uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes do extremo Sul do país e os motivos que levam a recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes.

2. Metodologia

Tipo do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo retrospectivo de caráter documental.

Cenário do estudo

Esse estudo foi realizado na cidade do Rio Grande (Rio Grande do Sul), num hospital sede da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes do estudo, a qual foi instituída em 2012, e atualmente é formada por três médicos, quatro enfermeiros e um assistente social.

População do estudo

Foram utilizados os formulários do protocolo de morte encefálica do período de 2012 a 2017 registrados na referida CIHDOTT do estudo, obtendo uma amostra de 91 prontuários.

Critérios de seleção

Utilizou-se como critério de seleção os prontuários que apresentassem os dados completos.

Critérios de exclusão

Observados como critérios de exclusão: prontuários incompletos, sem a conclusão do fechamento do diagnóstico de morte encefálica, e aqueles prontuários com letra ilegível. Cabe ressaltar que nenhum prontuário foi excluído.

Coleta de dados

Inicialmente, foi realizado um encontro prévio com o superintendente da Instituição do estudo e com a Coordenadora da CIHDOTT, em que foram apresentados o objetivo e a metodologia do estudo, e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade. Logo após, iniciou-se a coleta de dados dos prontuários de protocolos de morte encefálica, realizada exclusivamente por uma das autoras da pesquisa, na sala específica da CIHDOTT, de modo a assegurar a privacidade dos formulários no período de outubro de 2017 a janeiro de 2018, compreendendo o período de análise de janeiro de 2012 a dezembro de 2017. A fim de facilitar a coleta, foi elaborado um instrumento contemplando as seguintes

variáveis de interesse para o estudo: ano, iniciais, sexo, idade, ocupação e procedência do potencial doador; causa do óbito; exame complementar realizado; doação de órgãos (positiva ou negativa familiar); órgãos captados (para os casos de aceite familiar para a doação de órgãos); sexo e grau de parentesco do familiar entrevistado e motivo da recusa familiar para a doação de órgãos.

Análise e tratamento dos dados

Foi construído um banco de dados no software estatístico SPSS versão 21.0, o qual foi analisado através de estatísticas descritivas, incluindo a análise de frequência, médias, desvio padrão e percentuais, sendo apresentadas em forma de tabelas. Os procedimentos estatísticos possibilitaram aos pesquisadores organizar, interpretar e transmitir informações numéricas, sendo a estatística descritiva utilizada para sintetizar e descrever os dados (Polit, et al., 2011). A partir da obtenção da frequência simples dessas variáveis, foi estabelecida a análise, com base na literatura.

Aspectos éticos

O estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande -FURG, e aprovado parecer sob número 162/2017, em conformidade com os princípios éticos da Resolução 466/2012 de pesquisa envolvendo seres humanos.

3. Resultados

Para melhor entendimento e compreensão dos resultados da pesquisa, optou-se pela sua apresentação através dos seguintes tópicos: (i) caracterização dos protocolos de morte encefálica; (ii) a entrevista familiar e os motivos de recusa para a doação de órgãos, e (iii) o perfil do potencial doador de órgãos.

Caracterização dos protocolos de morte encefálica

Para traçar a caracterização dos protocolos de pacientes com morte encefálica da instituição estudada foram analisados 91 prontuários entre os anos de 2012 e 2017. A Tabela 1 apresenta a distribuição destes protocolos no período analisado.

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos protocolos de morte encefálica (n=91). Rio Grande, RS, Brasil, 2012-2017.

Variáveis	n (91)	n (%)
Ano		
2012	9	9,9
2013	9	9,9
2014	20	22,0
2015	13	14,3
2016	22	24,2
2017	18	19,8
Causas do Óbito		
Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico	43	47,3
Traumatismo Crânio Encefálico	15	16,5
Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	12	13,2
Parada Cardiorrespiratória	9	9,9
Ferimento por Arma de Fogo	5	5,5
Insuficiência Respiratória	1	1,1
Tumor Cerebral	1	1,1
Hidrocefalia	1	1,1
Enforcamento	1	1,1
Sexo		
Masculino	55	60,4
Feminino	36	39,6

Fonte: Elaboração própria

Pode-se evidenciar, ainda que, a média de idade foi de 46 anos ($\pm 16,9$) e o exame complementar com maior prevalência foi a Cintilografia Cerebral (49,5). Quanto à procedência dos potenciais doadores, 80% residiam na mesma cidade da instituição estudada.

Entrevista familiar e motivos de recusa para a doação de órgãos

Ao analisarem-se as entrevistas familiares dos 91 prontuários de protocolo de morte encefálica, entre os anos de 2012 e 2017, pode-se constatar um total de 44 positivas familiares para a doação de órgãos (48,4%) e 47 recusas familiares, correspondendo a 51,6%. A tabela 2 apresenta a distribuição desses dados da entrevista familiar e também os motivos da recusa familiar para a doação de órgãos.

Tabela 2: Distribuição dos dados da entrevista familiar para a doação de órgãos, por ano de óbitos dos potenciais doadores e os motivos de recusa familiar (n=91). Rio Grande, RS, Brasil, 2012-2017.

Variáveis	n (91)	n (%)
Ano (Negativa familiar para doação de órgãos)		
2012	5	55,6
2013	5	55,6
2014	12	60,0
2015	5	38,5
2016	10	45,5
2017	10	55,6
Ano (Positiva familiar para doação de órgãos)		
2012	4	44,4
2013	4	44,4
2014	8	40,0
2015	8	61,5
2016	12	54,5
2017	8	44,4
Motivo da Recusa Familiar		
Desconhecimento da decisão do potencial doador	16	34,8
Convicção Prévia do Potencial doador	15	32,6
Desacordo entre os familiares	6	13,0
Preservação do corpo íntegro	5	10,9
Não compreensão da morte encefálica	3	6,3
Sem condições emocionais	2	4,3

Fonte: Elaboração própria

Perfil do potencial doador

Pode-se constatar que dos 91 prontuários de protocolo de morte encefálica, obtidos no período, obteve-se um total de 44 positivas familiares para a doação de órgãos, correspondendo a 48,4%. A tabela 3 apresenta a distribuição e dos dados sociodemográficos do perfil do potencial doador e o grau de parentesco que autorizaram a doação de órgãos.

Tabela 3: Distribuição dos dados sociodemográficos do perfil do potencial doador e o grau de parentesco que autorizaram a doação de órgãos (n=44). Rio Grande, RS, Brasil, 2012-2017.

Variáveis	n (44)	n (%)
Sexo		
Masculino	28	63,6
Feminino	16	36,4
Causas do Óbito		
Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico	16	36,4
Traumatismo Crânio Encefálico	11	25,0
Parada Cardiorrespiratória	7	15,9
Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	5	11,4
Ferimento por Arma de Fogo	2	4,5
Tumor Cerebral	2	4,5
Enforcamento	1	2,3
Órgãos e tecidos captados		
Rim	70	79,5
Córneas	70	79,5
Fígado	30	68,2
Pulmão	4	4,5
Coração	1	4,5
Grau de parentesco que autorizaram a doação de órgãos*		
Cônjuge	11	42,3
Filho	8	40,0
Mãe	7	63,6
Pai	5	45,5
Filha	4	66,6
Pais	4	100,0
Irmã	3	30,0
Irmão	2	66,6

* O percentual se refere ao número de autorizações pelo total de entrevistas por cada tipo de parentesco.

Fonte: Elaboração Própria

Pode-se evidenciar, ainda que, a média de idade do potencial doador foi de 43,2 anos ($\pm 17,1$) e, quanto à procedência, 84% residiam na mesma cidade da instituição estudada.

4. Discussão

Ao relacionar os protocolos fechados, de acordo com os anos de 2012 a 2017, pode-se destacar que o período 2012-2013 foi aquele que apresentou o menor número de diagnósticos confirmados para morte encefálica (nove protocolos fechados), representando cerca de 10% do total de casos analisados no período, em cada ano. Estes números podem ser justificados pelo fato da CIHDOTT estudada ter sido oficialmente instituída em 2012, e seus membros, recentemente nomeados, iniciavam os treinamentos e qualificações sobre o processo de

doação de órgãos, sendo uma fase inicial, de adaptação e de novos conhecimentos adquiridos, não somente para esses profissionais, mas também para os demais que trabalhavam na instituição.

Por outro lado, o ano de 2016 apresentou o maior índice de protocolos de morte encefálica, com um total de 22 casos, representando pouco mais de 24% dos casos observados. Já em 2017, evidenciou-se uma queda em relação ao ano anterior, com um total de 18 diagnósticos, ou quase 20% do total de protocolos do período. O fato de a instituição estudada estar enfrentando uma crise financeira bastante importante, desde 2015, pode ter influenciado a queda no número de notificações, uma vez que ocorreu escassez de recursos necessários para a sua efetivação, tais como, exames e profissionais de diversas especialidades, representando serviços que possuem altos custos.

No primeiro semestre de 2019, o cenário dos transplantes em território nacional apresentou um crescimento de apenas 1% em relação ao ano de 2018, com uma taxa de 52,4 PMP de potenciais doadores notificados. Entretanto, a taxa de doadores efetivos foi 0,7% menor com 16,9 PMP, esse resultado se deu devido à queda de 2,2% na taxa de efetivação da doação, resultando em 32,2% (ABTO, 2019).

Quanto aos resultados da entrevista familiar, observou-se uma porcentagem de 51,6% de negativas familiares e 48,4% de positivas familiares para a doação de órgãos. Tais resultados são suportados pela Revista Brasileira dos Transplantes, a qual aponta que no Brasil a não autorização familiar é a primeira causa de não efetivação da doação, evidenciando a necessidade de maior divulgação e de realização de campanhas de educação da população, tanto no sentido de esclarecer o processo de doação quanto de estimular o seu consentimento, dialogando com seu familiar sobre a sua decisão em relação à doação de órgãos (ABTO, 2018).

O processo de luto para os familiares quase sempre envolve dificuldade para entender a morte encefálica como uma morte real, pois ao se deparar com um corpo apresentando temperatura normal, com movimentos respiratórios e batimentos cardíacos, acarreta em dúvidas quanto ao real diagnóstico de morte. Ademais, devido à forma súbita que na maioria das vezes essas mortes acontecem, acaba por gerar comoção familiar, não permitindo à família um tempo hábil para assimilar todos os fatos ocorridos, resultando em negação da morte encefálica e conseqüentemente da doação de órgãos (Lira, et al., 2012).

Complementarmente, a pesquisa buscou identificar os principais motivos para a recusa familiar, destacando a convicção prévia do potencial doador em não ser doador de órgãos (34,8%), seguida do desconhecimento da decisão do potencial doador (32,6%) e do desacordo

entre os familiares (13%). Esses resultados corroboram com os encontrados numa pesquisa realizada na cidade de Pelotas/RS, em que os motivos mais frequentes para a negativa à doação de órgãos foram o desconhecimento da vontade do potencial doador (20,8%), a convicção prévia desse (17,6%) e os desacordos familiares (13,8%) (Aranda, et al.,2018).

É de extrema importância conhecer a vontade do doador ainda em vida, no entanto, encontramos-nos numa sociedade em que falar de morte não é comum. Assim, as pessoas não pensam na possibilidade da morte e conseqüentemente não falam em vida sobre sua opinião ou desejo em relação à doação dos órgãos, o que dificulta a decisão familiar no momento necessário. Em muitas situações, quando os familiares conhecem a vontade do falecido, esses tendem a considerá-la (Bonetti, et al.,2017).

Alguns familiares negam a doação por receio de ser uma decisão supostamente contrária ao desejo do ente. Já quando conhecem o desejo de doar e assim fazem, reduzem o sentimento de culpa por supostamente não respeitar o corpo do morto. Em contrapartida, quando se negam a realizar essa vontade, entendem como um desrespeito muito maior que o da não manipulação do corpo (Barreto, et al.,2016).

Um estudo semelhante, realizado em Petrolina/PE, apontou que entre os motivos encontrados, destacava-se a manutenção do corpo íntegro, o qual foi descrito em 36% das situações, seguido da desconfiança do processo de doação com 32,6% e o fato de o doador ser contrário em vida à doação com 24% (Marinho, et al., 2018). Assim como em Sergipe, em que os principais motivos de recusa familiar foram: 26,7% sendo contrário à doação e 21,6% pelo desejo do corpo íntegro (Barreto, et al.,2016).

Diante dos motivos aqui apresentados, faz-se necessário uma atenção maior para a entrevista familiar, visto que ela traz consigo grande complexidade emocional, já que é neste momento que os familiares do potencial doador reagem e expressam de forma diferente seu pesar diante da morte. Em virtude disso, atitudes éticas e seguras do entrevistador são fundamentais para que as famílias se sintam confortáveis em tomar essa decisão (Moraes, et al., 2014). Neste sentido, campanhas educativas e de divulgação sobre o tema se tornam uma ferramenta facilitadora no momento da decisão familiar, tanto para as famílias quanto para os profissionais de saúde que irão conduzir a abordagem familiar, visto que os motivos apontados nessa pesquisa e também nas demais aqui apresentadas, sugerem as mesmas justificativas, cabendo o profissional se instrumentar e, com isso, tentar reduzir os índices alarmantes de negativa familiar para doação de órgãos (Bonetti, et al.,2017).

Em relação ao perfil do potencial doador, identificou-se uma amostra com maior predominância do sexo masculino, com média de idade de 43 anos, como causa de maior

prevalência da morte o Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico, sendo a maioria estudantes, e com procedência da cidade do estudo, e o exame complementar para conclusão de diagnóstico de morte encefálica mais utilizado a Cintilografia Cerebral.

Resultados semelhantes foram identificados em outras pesquisas realizadas em estados diferentes. A primeira, realizada no Rio Grande do Sul, demonstrou que 57,6% dos potenciais doadores de órgãos e tecidos eram do sexo masculino e tinham média de idade entre 40 e 69 anos (Aranda, et al., 2018). A segunda, realizada em Sergipe, evidenciou que a maior prevalência ocorreu no sexo masculino, com 70,3% ⁽¹³⁾, e a terceira, realizada em Santa Catarina, também identificou que o sexo masculino é o predominante, com 68%; no entanto, a faixa etária ficou entre 20 e 30 anos (Silva, et al., 2014).

Entende-se que ser homem é a representação de um papel repleto de aceções e sentidos, e a expressão de sua masculinidade corresponde, via de regra, ao modelo de masculinidade hegemônica, em que o homem deve ser forte e invulnerável. Tais características condicionam a maioria dos homens a assumirem uma postura de baixo autocuidado e afastamento dos serviços de saúde, especialmente os da atenção primária, contribuindo desfavoravelmente na saúde dessa população, verificada pelos altos índices de morbimortalidade (Oliveira, et al., 2017).

Ao contrário do que se observou nesse estudo, a mortalidade masculina no Canadá apresenta comportamento distinto. Em 2011, a idade com maior registro de óbitos foi de 85 anos para homens e 89 anos para as mulheres. Foram poucas mortes observadas para ambos os sexos entre a população jovem, em contraponto com a realidade brasileira, em que se morre mais homens em idade jovem. Tais diferenças podem ser, em parte, explicadas pela concentração de ações canadenses na redução das mortes violentas entre adultos-jovens e pelo investimento no tratamento de doenças cardiovasculares. Destacam-se, ainda, questões culturais, como a similaridade de comportamento entre homens e mulheres, particularmente no que trata de hábitos de risco, como exposição ao tabagismo e estresse ocupacional (Minister responsible for Statistics Canada, 2013). No Brasil, deve-se considerar que o perfil epidemiológico do potencial doador foi sendo modificado ao longo dos anos, sendo relevante considerar que se tem um doador com idade maior e mais comorbidades crônicas. Entre as principais causas de morte, as doenças cerebrovasculares estão em primeiro lugar, seguidas do infarto agudo do miocárdio. Em 2017, ano em que a pesquisa foi realizada, os casos de Acidente Vascular Cerebral representaram 53%, o Traumatismo Crânio Encefálico 32%, restando apenas 15% para outras doenças identificadas. A Organização Mundial de Saúde estima que, até 2030, o Acidente Vascular Cerebral continue sendo a segunda maior causa de

mortes no mundo, sendo responsável por 12,2% dos óbitos previstos para o ano (IBGE, 2017).

Outro resultado encontrado na investigação foi o grau de parentesco que costuma autorizar mais a doação de órgãos. A negativa para a doação é uma das principais barreiras ao aumento de números de transplantes (ABTO, 2018), e identificar os graus de parentesco que mais autorizam a doação e conhecer aqueles que mais a recusam, pode auxiliar na tomada de medidas e condutas dos profissionais que realizam a abordagem familiar e, com isso, minimizar os índices de negativa familiar, ainda tão altos no Brasil.

Na presente pesquisa, os graus de parentesco que apresentaram maiores taxas de aceitação familiar para a doação de órgãos ocorreram com a entrevista realizada com os pais (nos casos de menor de idade, a entrevista deve ser realizada e autorizada por ambos os pais), com o filho ou irmão, ou apenas a mãe. Estes resultados são diferentes do que foi encontrado em Sergipe, onde os pais apareceram como os principais envolvidos na recusa da doação, com índice de 35,3% (Barreto, et al., 2016).

Diante disso, é necessário que sejam tomadas medidas de educação permanente entre os profissionais da saúde, demonstrando a importância de se qualificarem e minimizarem as dúvidas que surgem a esses entrevistados, que muitas vezes deixam de ser sanadas e que levam à recusa da doação, simplesmente pela falta de informação correta no momento da entrevista familiar, ponto chave de todo o PME (Silva, et al., 2018).

Dentre os órgãos e tecidos captados para doação no presente estudo, houve o seguinte percentual: córneas (79,5%), fígado (68,2%), rim (79,5%), pulmão (4,5%) e coração (2,3%), totalizando 175 órgãos ou tecidos captados, assim distribuídos: 70 córneas, 30 fígados, 70 rins, quatro pulmões e um coração. O índice baixo de captação de pulmão e coração na instituição pesquisada ocorre, também, pela logística da cidade do estudo, distante cerca de 300 km da capital do estado, local de origem da equipe captadora. No Brasil, estima-se que se houvessem condições ideais de manutenção do doador para a realização do transplante cardíaco, poderiam ter sido realizados 1.374 transplantes, ao invés dos 380, realizados em 2017 (ABTO, 2018).

O transplante cardíaco aumentou 11,8% no primeiro semestre de 2019 (1,9 PMP) e aproximou-se da meta de 2,1 PMP prevista para o ano. No entanto, a taxa de aproveitamento de apenas 11,3% reflete os obstáculos logísticos com esse tipo de transplante, em que foi realizado apenas mais do que quatro transplantes PMP, um número que precisa melhorar. Já o transplante pulmonar apresentou queda de 16,7% em relação a 2018. Essa grande variação decorre do pequeno número de transplantes realizados (0,5 PMP), em que foram

transplantados os pulmões de somente 2,7% dos doadores, e em apenas três estados (RS, SP e CE) (ABTO, 2019).

Esses índices evidenciam que muito precisa ser feito para a manutenção dos potenciais doadores, tanto quanto aos aspectos logísticos como aos critérios de aceitação pelas equipes. Além disso, faz-se necessário uma melhor distribuição regional de hospitais que tenham capacidade e estrutura para realizar tais procedimentos. Cerca de 30% dos órgãos para transplante no país são encaminhados de avião e, apenas em junho de 2016, com a aprovação do Decreto 8.783, uma aeronave da Força Aérea Brasileira passou a atender exclusivamente às requisições do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

Em suma, de acordo com os dados identificados na pesquisa, a valorização do preparo da equipe multiprofissional é importante e necessária, pois o sucesso da efetividade da doação de órgãos e de tecidos é diretamente proporcional à precocidade da notificação da morte encefálica (Freire, et al., 2014). Na Espanha, após a criação da *Organización Nacional de Trasplantes* (ONT), em apenas três anos o país se tornou líder mundial em transplantes, com a maior taxa de doação, investindo em atividades permanentes que promovam a formação de todos os envolvidos no processo, trabalhando com sociedades científicas e fazendo cursos de formação com profissionais de urgência, emergência e de cuidados intensivos (Espanha., 2018).

Diante desse cenário, a educação permanente e a utilização de ferramentas de gestão no processo de doação de órgãos e tecidos, assim como outras atividades desenvolvidas pela equipe de saúde, possibilita a melhora no conhecimento teórico-científico, mudanças do processo de trabalho, qualificação do trabalho, fortalecimento dos trabalhadores, promoção da melhoria da organização dos serviços, com resultados efetivos na qualidade da assistência, além de gerar mudanças e melhorias nos processos de doações de órgãos e redução de filas para a espera por um órgão (Sales, et al., 2018).

5. Conclusão

A pesquisa permitiu uma maior aproximação e compreensão acerca da complexidade dos protocolos de morte encefálica, bem como da abordagem familiar e do perfil do potencial doador na instituição estudada. De acordo com a pesquisa, os resultados sugerem a importância de se explorar e implementar estratégias com o objetivo de atribuir mais valor social à doação, visto que não basta apenas sensibilizar a população, é necessário também que existam profissionais de saúde capacitados para coordenar eficientemente todo o processo, e

que possam contribuir para o planejamento e desenvolvimento de intervenções que estimulem a doação de tecidos e órgãos. Dessa forma, conhecer os motivos que envolvem a recusa pode contribuir para respaldar o planejamento de ações visando a promoção da doação de órgãos e tecidos, colaborando, deste modo, para a redução da fila de espera.

Aponta-se como limitações dessa pesquisa a impossibilidade de generalização dos achados, pois o levantamento refere-se à realidade de uma única instituição em um único momento no tempo, delimitado entre 2012 e 2017, cujo delineamento transversal não permite o estabelecimento de relações causais. No entanto, apesar de talvez não representar a realidade de todas as CIHDOTT da região, este estudo permite subsidiar outras Comissões na busca dos problemas enfrentados de forma regional. Desse modo, outros estudos, com distintas abordagens metodológicas, precisam ser realizados.

Espera-se que os resultados aqui obtidos possibilitem o desenvolvimento de outros estudos sobre este tema, pois se trata de um assunto fundamental a ser explorado para direcionar ações com vistas à sensibilização da sociedade para a doação, e atenção à família envolvida no processo de decisão sobre a doação de órgãos. Contudo, estas questões necessitam de uma abordagem que vá além dos aspectos biomédicos e inclua o social e o cultural, pois a participação da sociedade, das instituições de ensino, da mídia e do poder público é de suma importância, já que todos precisam estar em convergência para a obtenção de resultados benéficos ao processo de doação de órgãos e transplantes na tentativa de transformar o cenário atual, que envolve uma elevada taxa de recusa para a doação de órgãos, além das enormes filas à espera por um órgão.

Referências

Leite, N.F.; Maranhão, T.L.G.; Farias, A.A. (2017). Multiple Organ Procurement: The Process Challenges for Health Professionals and Relatives. *Id on Line Rev. Psic.*; 11(34). Retrieved from: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/687/967>. Acesso em 15 julho 2018.

Brasil. Decreto n. 9.175, de 18 de outubro de 2017. Regulamenta a Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento [Internet]. Brasília; 2017. Retrieved from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/ decreto/D9175.htm. Acesso em 12 abril 2018.

Brasil. Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 24 mar 2001. Retrieved from: <https://bit.ly/1W2OL8T>. Acesso em 17 outubro 2019.

Halldorson, J.; Roberts, J.P. (2013). Decadal analysis of deceased organ donation in Spain and the United States linking an increased donation rate and the utilization of older donors. *Liver Transpl [internet]*; 19(9):981-6. doi: 10.1002/lt.23684. Acesso em 18 maio 2018.

Garcia, C.D.; Pererira, J.D.; Garcia, V.D. (2015). *Doação e transplante de órgãos e tecidos*. São Paulo: Segmento Farma Editores Ltda. Set. 2015; 560pp.

Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. (2018). Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2010-2018). RBT [Internet]. 23;4:1-104. Retrieved from: http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/Lv_RBT-2018.pdf . Acesso em 12 março 2019.

Espanha. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). Balance de actividad de la Organización Nacional de Trasplantes en 2017 [Internet]. Madrid: MSSSI. Retrieved from: <http://www.ont.es/Documents/Datos20172018ENE11.pdf>. Acesso em 17 outubro 2019.

Polit, D.F.; Beck, C.T.; Hungler, B.P. (2011). *Delineamento de Pesquisa em Enfermagem*. In: Polit, D.F. and Beck, C.T., Eds., Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para prática de enfermagem, Artmed, Pgs. 247-368. Porto Alegre, 2011.

Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. (2019). Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro a junho de 2019. Retrieved from: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2019/rbt2019-1sem-leitura.pdf> . Acesso em 30 julho 2019.

Lira, G.G.; Pontes, C.M.; Schirmer, J.; Lima, S.L. (2012). Family considerations about the decision to refuse organ donation. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(esp 2):140-5. doi: 10.1590/S0103-21002012000900022. Acesso em 22 julho 2019.

Aranda, R.S.; Zillmer, J.G.V.; Gonçalves, K.D.; Porto, A.R.; Soares, E.R.; Geppert, A.K. (2018). Profile and reasons for denying the donation of organs and tissues for transplants by familiars. *Rev baiana enferm.*; 32:e27560. doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.27560>. Acesso em 12 janeiro 2019.

Bonetti, C.E., Boes, A.A., Lazzari, D.D.; Busana, J.A.; Maestris, E.; Bresolin, P. (2017). Organ and tissue donation and reasons for its non-realization donación de órganos y tejidos y motivos de su no efectividad. *Rev Enferm UFPE on line.*; 11(Supl 9):3533-41. doi: 10.5205/reuol.10620-94529-1SM.1109sup201705. Acesso em 13 setembro 2019.

Barreto, B.S.; Santana, R.J.B.; Nogueira, E.C.; Fernandez, B.O.; Brito, F.P.G. (2016). Fatores relacionados à não doação de órgãos de potenciais doadores no estado de Sergipe, Brasil. *Rev Bras Pesq Saúde.*;18(3):40-48. doi: 10.21722/rbps. v18i3.15741. Acesso em 15 outubro 2019.

Marinho, C.L.A.; Conceição, A.I.C.C.; Silva, R.S. (2018). Causas de recusa familiar na doação de órgãos e tecidos. *Rev Enferm Contemp.*;7(1):34-39. doi: 10.17267/2317-3378rec.v7i1.2008. Acesso em 10 fevereiro 2019.

Moraes, E.L.; Santos, M.J.; Merighi, M.A.B.; Massarollo, M.C.K.B. (2014). Nurses experience in the process of organ and tissue donation for transplantation. *Rev. Latino-Am. Nursing [internet].*; 22 (2): 226-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3276.2406>. Acesso 12 junho 2018.

Silva, O.M.; Kolhs, M.; Ascari, R.A. et al. (2014). Profile of organ donors in a public hospital in western Santa Catarina. *J. res.: fundam. care.*. out./dez. 6(4):1534-1545. doi: 10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1534-1545. Acesso 01 julho 2018.

Oliveira, J.C.A.X.; Correa, A.C.P.A.; Silva, L.A. et al. (2017). Epidemiological profile of male mortality: nursing contributions. *Cogitare Enfermagem.*; 22(2). doi: 10.5380/ce.v22i2.49742. Acesso em 22 agosto 2019.

Minister responsible for Statistics Canada. Mortality: Overview, 2010 and 2011. Report on the Demographic Situation in Canada.[Internet] 2013. Retrieved from:

<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-209-x/2013001/article/11867-eng.htm>. Acesso 10 novembro 2019.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2017). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Brasília (DF) [internet]. 2017. Retrieved from: <http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=264529>. Acesso 13 março 2018.

Silva, F.A.A. da; Cunha, D.S.P.; Lira, J.A.C. et al. (2018). Brain death and organ maintenance: knowledge of intensive care professionals. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 2018; 12(1):51-8. Retrieved from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/260>. Acesso 15 janeiro 2019.

Brasil. Decreto nº 8.783, de 6 de junho de 2016. Altera o Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, que regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 7 jun 2016. Retrieved from: <https://bit.ly/2WQZmuY>. Acesso 17 outubro 2019.

Freire, I.L.S.; Mendonça, A.E.O. de; Dantas, B.A.S. et al. (2014). Process of organ and tissue donation for transplant: Reflections about its effectiveness. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 2014; 8(supl. 1):2533-8. doi: 10.5205/reuol.5927-50900-1-SM.0807supl201444. Acesso 6 novembro 2019.

Sales, C.B.; Bernardes, A.; Gabriel, C.S.; Brito, M.F.P.; Moura, A.A.; Zanetti, A.C.B. (2018). Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. *Rev Bras Enferm* [Internet].; 71(1):126-34. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0621. Acesso 20 novembro 2019.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Cíntia Marchesan Passos – 50%

Rosemary Silva da Silveira – 10%

Guilherme Lerch Lunardi – 10%

Laurelize Pereira Rocha – 10%

Jessica da Silva Reis Ferreira – 10%

Évilin Diniz Gutierres – 10%