

Artículo Original

Caracterização do processo de doação de órgãos em uma região do nordeste brasileiro

Christielle Lidiane Alencar Marinho¹, Joice Requião Costa De Santana², Alana Mirelle Coelho Leite³, Ana Isabel Cezário De Carvalho Conceição⁴, Geisianne Carvalho Da Silva Simas⁵, Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes⁶

¹ Mestre em hebiatria. Enfermeira. Docente de enfermagem, Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação, campus VII, Senhor do Bonfim, Brasil. ORCID: 0000-0002-3827-5494

² Mestre em Ciências da Saúde e Biológicas. Enfermeira. Docente de enfermagem, Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação, campus VII, Senhor do Bonfim, Brasil. ORCID: 0000-0002-7264-2956

³ Mestre em Ciências da Saúde e Biológicas. Enfermeira. Docente de enfermagem, Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação, campus VII, Senhor do Bonfim, Brasil. ORCID: 0000-0002-9631-1908

⁴ Enfermeira. Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação, campus VII, Senhor do Bonfim, Brasil. ORCID: 0000-0003-2575-1065

⁵ Enfermeira. Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação, campus VII, Senhor do Bonfim, Brasil. ORCID: 0000-0001-5960-3859

⁶ Doutora em Inovação Terapêutica. Enfermeira. Docente de Enfermagem, Universidade de Pernambuco, Campus Petrolina, Brasil. ORCID: 0000-0003-2840-8561

Información del artículo

Recibido: 05-05-2021

Aceptado: 02-09-2022

<https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i44.46870>

Correspondencia

Ana Isabel Cezário De Carvalho Conceição

Universidade do Estado da Bahia

anaisabel.c@hotmail.com

Resumo

Introdução: O processo de doação de órgãos e tecidos é definido por ações a fim de transformar um Potencial Doador (PD) em doador efetivo e inicia-se com o diagnóstico de morte encefálica.

Objetivo: analisar o perfil clínico e sociodemográfico dos potenciais doadores de órgãos, como também os fatores que influenciam na doação de órgãos.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal, retrospectiva e analítica realizada através da coleta de dados de 455 prontuários de pacientes com diagnóstico de Morte Encefálica, de uma Região do Nordeste brasileiro, utilizando formulário estruturado. Posteriormente realizaram-se análises descritivas e nas associações entre as variáveis independentes e dependente, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson

Resultados: As faixas etárias de maior incidência foram entre 21 a 40 anos e 41 a 60 anos, com 33,8% cada, prevalecendo o sexo masculino (64,1%). Em relação à causa da morte, predominou o Trauma Cranioencefálico com 36,5%. Foram entrevistados 83,3% dos familiares e desses, 53,5% autorizaram a doação. Quanto à relação das respostas das entrevistas com os familiares e o sexo dos PD o sexo masculino se destacou com 59,01% das entrevistas positivas, quanto a entrevista e faixa etária, não foram encontradas diferenças significativas. Correlacionando o resultado das entrevistas familiares e a causa da morte, 40,63% destas tinham como causa o trauma cranioencefálico, e desse total, 63,63% tiveram a doação autorizada.

Conclusão: A maioria dos doadores efetivos foram jovens e do sexo masculino, com prevalência do trauma craneoencefálico como causa da morte encefálica e da aceitação familiar para a doação.

Descritores: Doadores de Tecidos; Obtenção de Tecidos e Órgãos; Transplante.

Resumen

Caracterización del proceso de donación de órganos en una región de Brasil

Introducción: El proceso de donación de órganos y tejidos se define por las acciones encaminadas a transformar a una persona donante potencial (DP) en donante efectiva. Este proceso comienza con el diagnóstico de muerte encefálica.

Objetivo: analizar el perfil clínico y sociodemográfico de potenciales donantes de órganos, así como los factores que influyen en la donación de órganos.

Métodos: Se trata de una investigación cuantitativa, transversal, retrospectiva y analítica realizada a partir de la recopilación de datos de 455 prontuarios de pacientes con diagnóstico de muerte encefálica, en una región del Nordeste de Brasil, utilizando un formulario estructurado. Posteriormente, se realizaron análisis descriptivos y, en las asociaciones entre las variables independiente y dependiente, se utilizó la prueba chi-cuadrado de Pearson

Resultados: Los grupos de edad con mayor incidencia fueron de 21 a 40 años y de 41 a 60 años, con un 33.8 % cada uno, con predominio del sexo masculino (64.1 %). En cuanto a la causa de muerte, predominó el trauma craneoencefálico con un 36.5 %. Se entrevistó al 83.3 % de familiares y, de este grupo, el 53.5 % autorizó la donación. En cuanto a la relación entre las respuestas de las entrevistas a familiares y el sexo del TP, se destacó el sexo masculino con un 59.01 % de las entrevistas positivas; en cuanto a la entrevista y grupo de edad no se encontraron diferencias significativas. Correlacionando los resultados de las entrevistas familiares y la causa de muerte, el 40.63 % fue por trauma craneoencefálico y, de ese total, el 63.63 % tenía autorizada la donación.

Conclusión: Los donantes más efectivos fueron jóvenes y varones, con predominio del traumatismo craneoencefálico como causa de muerte encefálica y aceptación familiar de la donación.

Descriptor: Donantes de Tejidos; Obtención de Tejidos y Órganos; Trasplante.

Abstract

Characterization of the organ donation process in a region of northeast Brazil

Introduction: The process of organ and tissue donation is defined by actions to transform a Potential Donor (PD) into an effective donor and begins with the diagnosis of brain death. **Objective:** to analyze the clinical and sociodemographic profile of potential organ donors, as well as the factors that influence organ donation.

Methods: This is a quantitative, cross-sectional, retrospective, and analytical research carried out in a region of Northeast Brazil by collecting data from 455 medical records of patients with brain death, who were diagnosed using a structured form. Subsequently, descriptive analyzes were carried out and for the associations between the independent and dependent variables, the Pearson's chi-square test was used.

Results: The age groups with the highest incidence were between 21 to 40 years old and 41 to 60 years old, with a 33.8 % each, with a predominance of males (64.1%). Regarding the cause of death, traumatic brain injury was the most common with a 36.5% of the sample. From the 83.3% of the family members that were interviewed, 53.5% of them authorized the donation. Male potential donors constituted the 59.01% of the authorized donations (positive interviews). There was no relationship between the interview results and the age group of the PD. When correlating the results of family interviews and the cause of death, 40.63% of them were caused by traumatic brain injury and, out of this total, 63.63% had the donation authorized.

Conclusion: The most effective donors were young and male whose cause of brain death was traumatic brain injury and whose families allowed the donation.

Descriptors: Tissue and Organ Procurement; Tissue Donors; Transplantation.

INTRODUÇÃO

O processo de doação de órgãos e tecidos é definido por ações a fim de transformar um Potencial Doador (PD) em doador efetivo, com o objetivo de proporcionar melhor qualidade de vida aos portadores de doenças crônicas ou incapacitantes, sendo inclusive, considerado um ato de solidariedade e amor ao próximo.¹

Este processo inicia-se com o diagnóstico de Morte Encefálica (ME), o qual é obrigatório para que seja efetivado. Os procedimentos para identificar a ME são iniciados nos pacientes que apresentem: coma não perceptivo, ausência de reatividade supraespinal e apneia persistente, além disso, precisam atender a alguns pré-requisitos: apresentar lesão encefálica de causa conhecida, sem reversão e capaz de causar ME; ausência de fatores que possam ser tratados e que possam confundir o diagnóstico de ME;

estar em tratamento hospitalar pelo período mínimo seis horas, entre outros requisitos.²

Na suspeita desse diagnóstico, é iniciado o protocolo, onde ocorre a realização de dois exames clínicos e um complementar para que, desta forma, o diagnóstico supracitado seja consumado. Confirmada a ME, dar-se-á início às estratégias terapêuticas de manutenção dos órgãos, pleiteando uma possível realização de transplante.³ Essas se baseiam no controle de parâmetros respiratórios e cardiovasculares além do uso da terapia medicamentosa, buscando favorecer a manutenção funcional dos órgãos entre o período do diagnóstico e da captação destes órgãos.⁴

O Brasil se destaca mundialmente na regulamentação e coordenação de transplantes, além disso é o segundo país que mais realiza transplantes renais.¹⁻³ O país com maior número

de doação é a Espanha, o que deve ao fato de a pessoa falecida ser presumidamente doadora de órgãos, a menos que tenha manifestado opinião contrária em vida.⁵ No Brasil, de acordo com sua legislação vigente, não há nenhum tipo de manifestação por parte da pessoa em vida, a qual seja válida. Assim, é necessário o consentimento familiar, na pessoa do cônjuge ou parente de maior idade, até segundo grau, obedecendo a linha sucessória.⁶ Isto posto, é imprescindível o acolhimento da família pela equipe de saúde, a fim de informá-la desde a suspeita da ME, alertando-a para a grave situação do quadro clínico, além de atualizá-la acerca dos resultados dos exames que confirmam a morte encefálica.^{1,7}

No ano de 2020, houveram 7.725 notificações de PD's em território nacional. No que concerne ao número de doações efetivas, o país ainda enfrenta desafios, ocupando a 25ª posição, com 2.438 doadores efetivos, onde o principal entrave no processo de doação é a recusa familiar totalizando 1.619 (37%) notificações.⁸

Independentemente do desfecho do caso, as etapas precisam ser seguidas rigorosamente, mesmo em situações onde os órgãos não são elegíveis para doação, ou quando ocorre a recusa familiar. O processo encerra-se com a entrega do corpo à família, ocorrendo ou não a retirada dos órgãos. Muitos fatores podem interferir na doação, como a instabilidade clínica do potencial doador, causa do óbito, tempo de protocolo, contraindicação clínica e principalmente a entrevista familiar. Os profissionais de saúde precisam entender o processo de doação de órgãos e conhecer os fatores que influenciam na sua realização, para que assim possam criar estratégias que minimizem as perdas de órgãos ofertados.^{1,3,7}

O presente estudo tem como objetivo caracterizar o processo de doação de órgãos e fatores influenciadores deste processo.

METODOLOGIA

O estudo segue os preceitos metodológicos da pesquisa transversal, retrospectiva, correlacional e analítica, na qual se observa a frequência e distribuição de um evento e de seus fatores.⁹

O local de estudo foi uma macrorregião de transplantes, a qual engloba o atendimento a cerca de 30 municípios e fica sediada no Interior do Nordeste brasileiro. Esta Macrorregião iniciou seu funcionamento em 2012, sendo composta por uma equipe multiprofissional a qual atua desde a identificação de um potencial doador até o consentimento familiar para a doação.

Foram coletados dados de prontuários de pacientes com diagnóstico de Morte Encefálica (ME) entre os anos de 2012 e 2017, sendo incluídos todos os prontuários de pacientes que foram diagnosticados com ME, exceto aqueles com informações incompletas que inviabilizaram a coleta dos dados, sendo então, totalizados 455 prontuários.

A coleta ocorreu no período de outubro de 2017 e janeiro de 2018 e foram utilizados como instrumentos de coleta de dados um formulário estruturado, elaborado pelos autores para essa pesquisa que continha questões objetivas, baseadas nos dados dos seguintes documentos: Notificação de abertura de protocolo para diagnóstico de morte encefálica, termo de declaração de morte encefálica e roteiro de acolhimento e entrevista familiar.

Foram estudadas as variáveis independentes: sexo, faixa etária, causas da morte encefálica, se houve entrevista familiar, motivo da não realização da entrevista e doações efetivadas. Como variável dependente considerou-se o resultado da entrevista familiar, à saber: positiva para doação de órgãos ou negativa para doação de órgãos.

Os dados foram transcritos para o programa Excel for Windows/2013 e, em seguida, para o software Data Analysis and Statistical (STATA)

versão 12.0. a fim de realizar as análises descritivas e inferência estatística, com confecção de tabelas de frequência (absolutas e relativas), medidas de posição para os dados do instrumento de caracterização social e clínica.

Para as associações entre as variáveis independentes e dependentes, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson, uma vez que todas são categóricas e apresentaram distribuição normal. A normalidade das variáveis foi testada utilizando Shapiro-Wilks. O intervalo de confiança foi estabelecido em 95% e o valor de $p < 0,05$ como significativo.

Destacando-se a importância ética do estudo, a fim de contemplar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos propostas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁰, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia sob parecer nº 1.984.075, CAAE n. 65496017.3.0000.0057.

RESULTADOS

No período de 2012 a 2017 foram notificados 487 pacientes com diagnóstico de morte encefálica e destes, 455 (93,4%) prontuários foram elegíveis a participar da pesquisa. Os outros prontuários apresentaram registros incompletos o que os impossibilitou de serem analisados. Dos 455 prontuários, a maioria era do sexo masculino, as faixas etárias de 21 a 40 anos e 41 a 60 anos foram as mais prevalentes. No que se refere a causa do óbito, o Trauma cranioencefálico (TCE) destacou-se com seguimento do Acidente vascular encefálico (AVE) (Tabela 1).

Nesta pesquisa, dos familiares de 455 pessoas com diagnóstico de em ME, 379 (83,3%) passaram pela entrevista familiar. Nos casos de não realização das entrevistas, ocorreram principalmente por falta de condições clínicas para a realização da cirurgia de retirada de órgãos (71%). Considerando as entrevistas familiares realizadas, 203 (53,5%) destas foram

Tabela 1

Perfil dos potenciais doadores de órgãos. Brasil, 2019 (n=455)

	N	%	IC95%	
Sexo				
Masculino	292	64,1	59,6%	68,4%
Feminino	163	35,9	31,5%	40,4%
Faixa etária				
Até 20 anos	87	19,2	15,7%	23,1%
21 – 40 anos	154	33,8	29,6%	38,3%
41 – 60 anos	154	33,8	29,6%	38,3%
A partir de 61 anos	60	13,2	10,3%	16,6%
Causa da ME				
TCE	166	36,5	32,1%	41,1%
AVE	124	27,3	23,3%	31,5%
Tumor SNC	7	1,5	0,7%	3,1%
Perfuração por arma de fogo	10	2,2	1,1%	4,0%
Hemorragia Subaracnóidea	82	18	14,7%	21,8%
Outras causas	66	14,5	11,5%	18,0%

Fonte: Dados da pesquisa

positivas e 196 (96,5%) destas foram efetivadas (Tabela 2).

A figura 1 apresenta a evolução da efetividade da doação de órgãos ao passar dos anos, no período de estudo. Em 2013 foram concluídos 61 protocolos e 18 (29,5%) doações efetivadas, com uma taxa de negativa familiar de 63,6%. Em 2017, foram 104 protocolos concluídos, com uma taxa de 54,8% (57) de efetivação e uma taxa de negativa familiar de 33,7%.

Em relação às entrevistas familiares realizadas, os PD do sexo masculino resultaram em 59,01% de entrevistas positivas para doação, em contrapartida, entrevistas familiares com PD do sexo feminino foram favoráveis em 43,70% dos casos. Ao avaliar tais entrevistas por sexo do PD, o sexo masculino foi maioria nas duas categorias, com 70,94% de entrevistas

Tabela 2*Dados das entrevistas realizadas com familiares dos PD. Brasil 2019.*

	N	%	IC95%	
Realização da entrevista familiar				
Sim	379	83,3	80,3%	87,1%
Não	76	16,7	12,9%	19,7%
Total	455	100		
Motivo da não realização da entrevista				
Sem condições clínicas	54	71	57,6%	79,2%
Comorbidades	7	9,2	4,6%	19,3%
Sorologia Positiva	5	6,6	2,9%	15,9%
Neoplasias	4	5,3	2,1%	14,2%
Disfunção múltiplos órgãos	4	5,3	2,1%	14,2%
Infecção	2	2,6	0,6%	1,1%
Total	76	100		
Resultado das entrevistas				
Positiva	203	53,5	48,5%	58,5%
Negativa	176	46,4	41,5%	51,5%
Total	379	100		
Doações efetivadas				
Sim	196	96,5	92,9%	98,3%
Não	7	3,45	16%	7,1%
Total	203	100		

Fonte: Dados da pesquisa

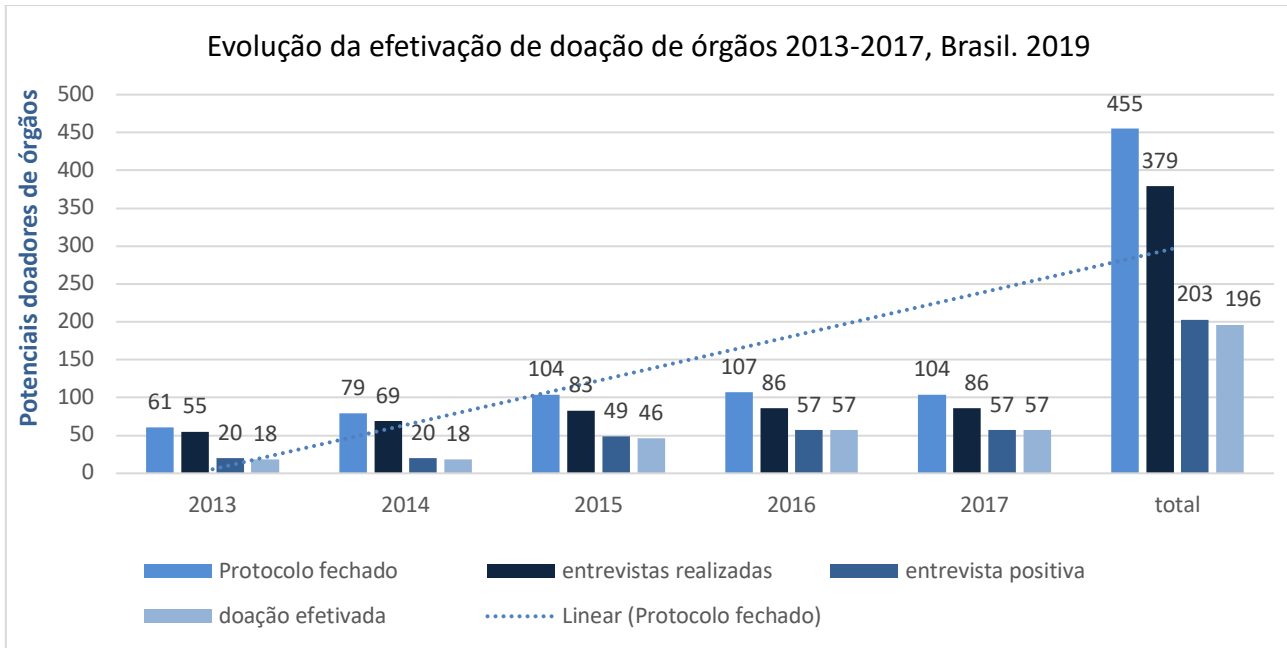
favoráveis à doação de órgãos e 56,82% nas entrevistas negativas (Tabela 3).

Quando comparado o sexo ao resultado da entrevista familiar, identificou-se que o número de entrevistas positivas confrontado a entrevistas negativas foi maior no sexo masculino, com diferença significativa entre os grupos ($p=0,00$). Em relação à faixa etária e o resultado da entrevista familiar, não foram encontradas diferenças significativas ($p=0,08$) (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta os resultados da entrevista familiar de acordo com a causa da ME. Do total de entrevistas realizadas, sua maioria tinha como causa de óbito o TCE, seguido do AVE. Dentre as categorias, são descritas como outras causas situações como hipóxia pós-PCR e outros tumores. Pacientes que faleceram de TCE tiveram em sua maioria a doação autorizada, por outro lado, na segunda maior causa de ME, o AVE, representou um índice menor de entrevistas positivas (Tabela 4).

Figura 1

Evolução da efetivação de doação de órgãos 2013-2017, Brasil. 2019



Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 3

Relação entre sexo, faixa etária e entrevista familiar para doação de órgãos. Brasil. 2019

	Entrevista positiva		Entrevista negativa		Total	p
	N	%	N	%		
Sexo dos PD						
Masculino	144	70,94	100	56,82	244	0,00
Feminino	59	29,06	76	43,18	135	
Total	203	100	176	100	379	
Faixa etária dos PD						
Até 20 anos	43	21,18	28	15,91	71	0,08
De 21 a 40 anos	80	39,41	59	33,52	139	
De 41 a 60 anos	67	33,0	67	38,07	134	
Acima de 60 anos	13	6,40	22	12,50	35	
Total	203	100	176	100	379	

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 4

Associação entre Causa da Morte Encefálica (ME) e entrevista familiar para doação de órgãos

Causa da ME	Entrevista Positiva		Entrevista Negativa		Total
	n	%	N	%	
Traumatismo Craneoencefálico	98*	48,27	56	31,82	154
Acidente Vascular Encefálico	34	16,75	68	38,64	102
Tumor Sistema Nervoso Central	1	0,49	0	0	1
Projétil de Arma de Fogo	5	2,46	2	1,14	7
Hemorragia Subaracnóidea	26	12,81	41	23,29	67
Outros	39	19,21	9	5,11	48
Total	203	100	176	100	379

*qui quadrado p= 0.00 para entrevistas positivas.
Fonte: Dados da pesquisa

Os resultados da associação entre a entrevista familiar e as causas da ME evidenciaram diferença significativa entre os grupos TCE e AVE [χ^2 (5,379) = 45,489; p=0,000]. Observou-se que pacientes que faleceram de TCE apresentaram maior número de positivas familiares (Tabela 4).

DISCUSSÃO

A predominância do sexo masculino corrobora com dados da literatura nacional e internacional. A Associação Brasileira de Transplante de Órgãos⁸, infere que há predomínio de potenciais doadores do sexo masculino no país (60%). O mesmo foi evidenciado em estudos realizados em Portugal, Turquia e Irã, nos quais o percentual de PDs do mesmo sexo correspondiam a 53,7%, 61,7% e 65% respectivamente.¹¹⁻¹³

Quando comparados aos achados no cenário nacional, tais dados validam os estudos realizados nos estados de São Paulo (57,39%), Paraná (78,8%), Sergipe (70,3%) e Pernambuco (64%) os quais apontam que a efetivação da doação foi significativamente maior entre os indivíduos desse sexo.^{1,7-8,14}

O maior número de PD do sexo masculino pode estar associada ao maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, maior vulnerabilidade do gênero para doenças crônicas não transmissíveis, assim como nas causas externas, bem como pela menor busca pelos serviços de saúde por estes indivíduos. O cenário de serviços de promoção à saúde e prevenção de doenças é marcado pela baixa procura desses clientes, que na maioria dos casos, são encontrados em maiores números nos serviços de média ou alta complexidade, com conseqüente maior risco de morte.¹⁵

Quanto à faixa etária, no Brasil existe maior prevalência de doadores entre 50 e 64 anos, com 34% dos casos. Em estudos internacionais, a faixa etária se mostrou mais elevada^{11,16,18}, no Irã, embora tenha ocorrido um aumento na faixa etária com o passar dos anos, a idade dos doadores variou de 31 a 40.¹² Tais fatos desvelam maior aproximação com os achados desse estudo, salientando que a doação de órgãos prevalece em PD jovens.

Na análise das causas primárias que levaram os pacientes a evoluir para ME no Brasil, foi possível observar que 55% são decorrentes de AVE⁸, nas

regiões do Sul e Sudeste, onde são registrados os melhores índices de doadores efetivos, cujas causas mais frequentes eram de origem vascular.^{8,14,19-20} Em contrapartida, os achados deste estudo discordam quanto à causa do óbito, sendo o TCE mais frequente.

Convergindo com a realidade encontrada neste estudo, pesquisa realizada em um hospital de referência do estado de PE, mostrou que o TCE é a causa mais frequente em pacientes jovens e vítimas de acidente motociclístico.²¹ Outro estudo, ao caracterizar os pacientes vítimas de TCE por acidente moto ciclístico, demonstrou que a maioria era do sexo masculino e com faixa de 20 a 29 anos.²⁰

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde²² o AVE é a segunda causa de morte no mundo, enquanto que acidentes de trânsito estão na 8ª posição. Um estudo que avaliou a mortalidade adulta por perfil de causa em 10 países da América Latina identificou que as causas externas têm grande impacto na mortalidade de homens, sendo a principal causa de morte em adultos.²⁴

As situações de inxequibilidade no processo de doação de órgãos, na morte encefálica, concernem em diversas alterações hemodinâmicas que, se não tratadas precocemente podem resultar na parada cardiorrespiratória precoce ou instabilidade clínica para a realização da cirurgia de retirada dos órgãos, assim como para abertura do protocolo de ME. Nesse estudo, 71% dos potenciais doadores apresentaram essa instabilidade, legitimando diversas pesquisas que associam essa realidade, sobretudo, ao baixo conhecimento da equipe de saúde quanto à manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos, o que leva a ocorrência de erros e eventos adversos inviabilizando o processo de doação.^{1,25-26}

Além da instabilidade clínica do potencial doador, considera-se imprescindível ainda, a observação rigorosa das contraindicações

absolutas e relativas eleitas pelas entidades e câmaras técnicas que regulam a prática supracitada. A literatura vigente discorre sobre alguns fatores associados a comportamento que são considerados de risco para doação de órgãos e tecidos, a saber: uso de drogas ilícitas injetáveis, prática de relações sexuais remunerada, com múltiplos parceiros, prática de relações homossexuais, portar tatuagens, dentre outras.^{5,28}

Para além disso, a Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017³⁴, que trata sobre o Sistema Brasileiro de Transplantes, enumera as contraindicações absolutas para doação de órgãos e tecidos, dentre elas, algumas neoplasias e infecções, nas quais a transmissão excede o benefício para os receptores destacando-se, principalmente: sorologias positiva para HIV, HTLV I e II; tuberculose em atividade; tumores (exceto os primários do Sistema Nervoso Central, carcinoma in situ de útero e pele), presença de sepse resistente, infecções virais e fúngicas graves ou potencialmente graves na presença de imunossupressão, exceto as hepatites B e C.^{27,28-29}

Além das repercussões hemodinâmicas e contraindicações clínicas que interferem no processo de doação, surge ainda uma das etapas de maior complexidade, fundamentada por aspectos éticos, legais e emocionais: a entrevista familiar para o consentimento de doação de órgãos.^{1,26,30}

Uma vez finalizado o protocolo de ME, é realizada criteriosa avaliação com o possível doador para análise quanto à elegibilidade para doação de órgãos. Caso possua, será oferecida esta opção à família, através da entrevista familiar. Somente após a realização da entrevista seguida da autorização familiar é que a doação poderá acontecer.^{26,31}

Embora essa pesquisa tenha evidenciado que 53,5% das entrevistas familiares obtiveram consentimento para doação de órgãos, este percentual não é uma realidade unânime no

país. Estudos ratificam que a negativa familiar é um dos principais entraves na efetivação da doação de órgãos para transplantes, dentre os elementos que constituem barreiras para a concessão familiar destacam-se: o insuficiente nível de informação da população acerca dessa temática, suporte emocional inadequado, estrutura hospitalar precária, a burocratização do processo de doação, crenças religiosas, comunicação tardia e falta de acolhimento familiar, desejo de manter o corpo íntegro e o processo de luto.^{1,22,25-26,30,32}

Na Espanha em 2017, legitimando os achados da presente pesquisa, realizou-se um estudo onde das 2.509 entrevistas familiares, 2.183 (87,1%) foram positivas para doação, enquanto apenas 326 (12,9%) foram contrárias à doação²⁹, entretanto, quando comparado ao cenário mundial, estudos apontam que nos últimos anos as entrevistas negativas ainda são expressivas nos Estados Unidos, Reino Unido, Holanda e Alemanha.^{29,33}

Com o passar dos anos, foi evidenciado um aumento significativo na efetivação das doações de órgãos no Brasil⁸, podendo ser também observado neste estudo uma ascensão no número das doações entre os anos de 2013 e 2017, este acontecimento se deu em virtude de uma maior conscientização popular acerca da temática, do acolhimento familiar, o qual ameniza as dúvidas e os estressores vivenciados durante o processo, bem como a capacitação de profissionais de saúde que estão na linha de frente incentivando a doação e captação dos órgãos.¹

A negativa familiar é uma problemática complexa e multifacetada, pois envolve diversos aspectos socioculturais, políticos, econômicos, educacionais e religiosos, frente a isso, considera-se o acolhimento familiar uma ferramenta imprescindível e prioritária durante todo o período de internamento do potencial doador. Sobretudo, o esclarecimento de dúvidas, suporte no enfrentamento do luto e apoio

psicológico são atitudes que resultam na segurança da família, o que pode ser positivo no momento da decisão pela doação.^{1,5,28,30,32}

Ao associar o resultado da entrevista familiar com o sexo do potencial doador, constatou-se que o número de entrevistas positivas foi maior no sexo masculino, todavia, ainda são poucos os estudos que trazem uma relação entre o sexo do potencial doador e autorização familiar para a doação de órgãos. Estudo realizado em Rio Grande-RS³⁴, com prontuários de 98 pacientes em morte encefálica, houve mais negativa familiar do sexo feminino, corroborando com este estudo. Outro estudo realizado no Hospital das clínicas da UNICAMP¹⁴ não mostrou diferenças entre o sexo e doadores, em contrapartida, estudo realizado nos Estados Unidos, traz diferenças estatísticas entre o sexo e doadores falecidos, em que há predominância de autorizações em pacientes do sexo masculino.³⁴

Não se tem claro na literatura o que favorece aos familiares autorizarem mais doações de homens, mas sugere-se que estes expressam sua vontade, em vida, de forma mais eficaz, o que faz os familiares acatarem sua opinião.³⁴ Além disso, a tomada de decisão dos familiares surge de práticas sociais assim como lembranças e experiências de vida, em que, quando o sujeito tem o apego pelo corpo com uma conotação carregada de sentimentos e significados, ele não consegue optar pela doação. A maneira como o indivíduo se relaciona com a imagem corporal, pode facilitar ou dificultar a doação.³⁶⁻³⁷ Essa teoria pode justificar o fato de menos doações do sexo feminino, uma vez que a mulher, culturalmente é a referência do cuidado e vínculo afetivo.

Se tratando da correlação entre a faixa etária e a entrevista familiar, assim como no sexo, essa temática não é vastamente discutida na literatura. Embora não tenha apresentado diferença significativa, houve um maior número de autorizações em pacientes mais jovens.

Estudo realizado na Toscana (Itália), com objetivo de conhecer fatores envolvidos na recusa familiar para doação de órgãos, encontrou que a idade tem influência na decisão, onde familiares de pacientes com idades mais avançadas recusam mais o processo.³⁸

Em outro estudo realizado na França, com 148 prontuários de pacientes não doadores, foi percebido que, só em 4,7% dos casos a idade jovem do doador foi motivo de recusa.⁴⁰ No Brasil, esses dados corroboram com estudo realizado em São Paulo, onde os pacientes não doadores possuíam idade mais elevada.¹⁴ Acredita-se que as pessoas com maior idade não falam muito sobre o desejo de doar, dificultando a decisão familiar. Porém, com as ações de educação em saúde, cada vez mais os idosos estão sendo inseridos neste cenário e fortalecidos a discutir sobre o assunto.

Avaliando a correlação entre a causa da morte e o resultado das entrevistas, percebeu-se uma maior aceitação da doação de pacientes vítimas de TCE, quando comparados com os pacientes vítimas de AVE, corroborando com outros estudos.^{3,37} A doação em casos de morte trágica, com a perda repentina do ente querido, é vista como uma continuação da vida, sendo um conforto para os familiares. Pode-se dizer que a escolha pela doação os ajuda a lidar melhor com a perda e ter um sentimento de tranquilidade no futuro, com a superação do luto.⁴⁰

Este estudo permite uma melhor compreensão e reflexão sobre o processo das doações e transplantes, visando embasar os profissionais de saúde em uma assistência de qualidade aos potenciais doadores bem como acolher de forma humanizada os familiares, tendo em vista que a efetivação das doações alcance um número satisfatório quando comparado a grande demanda das listas de espera no Brasil e no mundo. Além disso, a pesquisa pode motivar o desenvolvimento de processos educativos voltados para a conscientização e incentivo da população a manifestar seu desejo em doar e

discutir em família sobre esse assunto, no sentido de melhorar a efetivação das doações minimizando os índices de recusa familiar.

A equipe de enfermagem tem papel fundamental em todo processo da captação e doação, para isso, é importante que esses profissionais estejam sempre buscando o aprimoramento de sua prática profissional uma vez que se faz necessário prestar uma assistência de qualidade na manutenção do PD buscando assim a continuidade da vida através da captação desses órgãos e tecidos.

Como limitações para o estudo, notou-se a ausência de informações nos registros dos formulários analisados, configurando-se como uma problemática uma vez que dificulta uma análise mais aprofundada em relação ao objeto estudado. Desta forma, é necessário enfatizar a importância de um registro de qualidade, objetivando uma melhoria da assistência e pesquisas em saúde.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou conhecer o perfil dos potenciais doadores de órgãos, no qual mostrou uma predominância de indivíduos do sexo masculino, com faixas etárias entre 21 e 60 anos de idade. O trauma crânio encefálico se destacou como a principal causa de morte e os resultados das entrevistas familiares em sua maioria foram favoráveis à doação de órgãos.

Constatou-se que entre os anos de 2013 e 2017, ocorreu um crescimento considerável no quantitativo das doações. Familiares do paciente do sexo masculino e de vítima de TCE doaram mais seus órgãos quando comparados com os familiares de pacientes do sexo feminino e vítimas de AVE.

Embora tenha ocorrido uma evolução no índice de doações efetivas e este número estar superior a realidade nacional, ainda não existe órgãos suficientes para a demanda em lista de espera. Assim, é imprescindível compreender os

aspectos que envolvem a não efetivação, bem como os fatores que são primordiais para que a doação ocorra, na busca de melhores resultados.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Todos os autores desta pesquisa declaram que não possuem conflito de interesse de ordem pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro no manuscrito.

REFERENCIAS

1. Gois R, Galdino M, Pissinati O, Pimentel R, Carvalho M, Haddad M. Efetividade do processo de doação de órgãos para transplantes. *Acta Paul Enferm.* 2017; 30(6):621-7. doi: 10.1590/1982-0194201700089.
2. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 2.173, de 23 de novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Brasília;2017. Disponível em:<<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>>
3. Castro M, Rocha R, Fialho P, Silva P, Oliveira R, Costa, M. Conhecimento e atitude dos enfermeiros frente ao processo de doação de órgãos. *Rev Med Minas Gerais.* 2018; 28(Supl 5):43-51. Doi: 10.5935/2238-3182.20180116.
4. Fonseca BS, Souza VS, Batista TO, Silva GM, Spigolon DN, Derenzo N, Barbieri A. Estratégias para manutenção hemodinâmica do potencial doador em morte encefálica: revisão integrativa. *Rev Einstein.* 2021;19:1-9. Doi: 10.31744/einstein_journal/2021RW5630.
5. Coelho G, Bonella A. Doação de órgãos e tecidos humanos: a transplantação na Espanha e no Brasil. *Rev. Bioét.* 2019; 27 (3): 419-29.doi: 10.1590/1983-80422019273325.
6. Brasil. Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001. Altera os dispositivos da Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes e tratamento. Brasília; 2001. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10211-23-marco-2001-351214-norma-pl.html>>
7. Barreto S, Santana R, Nogueira E, Fernandez B, Brito G. Fatores relacionados à não doação de órgãos de potenciais doadores no estado de Sergipe, Brasil. *Rev Bras Pesqui Saúde.* 2016; 18(3):40-8. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/1574>>1
8. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro/setembro 2020. Registro Brasileiro de Transplantes 2020. São Paulo; 2020. Disponível em: <https://site.abto.org.br/wp-content/uploads/2020/11/RBT-2020-trimestre-3-POPULA%C3%87%C3%83O_compressed.pdf>
9. Polit D, Beck C. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2019; 9:512p. Disponível em: <https://www.academia.edu/36573791/Essentials_of_Nursing_Research_Appraising_Evidence_for_Nursing_Practice_Essentials_of_Nursing_Research_Polit>
10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de Dezembro de 2012. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 2012.

Disponível em: <

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>

11. Eira C, Barros M, Albuquerque A. Doação de órgãos: a realidade de uma unidade de cuidados intensivos portuguesa. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018; 30(2): 201-207. Doi.org/10.5935/0103-507X.20180040.
12. Beigee F, Mohsenzadeh M, Shahryari S, Mojtabae M, Mazaheri M. Consequences of More Coordinator Engagement to Take Consent for Organ Donation: Comparisons of New Versus Experienced Staff. *Experimental and Clinical Transplantation*. 2019; 1:110-112. Doi: 10.6002/ect.MESOT2018.O50.
13. Altun G, Dincer P, Birtanc D, Arslantas R, Yakin D, Ozdemir I, et al. Reasons Why Organs From Deceased Donors Were Not Accepted for Transplantation. *Transplantation Proc*. 2019; 1(7): 2202-2204. Doi: 10.1016/j.transproceed.2019.01.158.
14. Bertasi R, Oliveira T, Hermida R, Ricetto E, Bonfim K, Santos L, et al. Perfil dos potenciais doadores de órgãos e fatores relacionados à doação e a não doação de órgãos de uma Organização de Procura de Órgãos. *Rev. Col. Bras*. 2019; 46(3):1-8. Doi: 10.1590/0100-6991e-201922180.
15. Silva S, Torres J, Peixoto S. Fatores associados à busca por serviços preventivos de saúde entre adultos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(3): 783-792. Doi: 10.1590/1413-81232020253.15462018.
16. Rao V, Dhanani S, MacLean J, Payne C, Paltser E, Humar A, et al. Effect of organ donation after circulatory determination of death on number of organ transplants from donors with neurologic determination of death. *Joule Inc. or its licensors*. 2017; 25(189): 1206-1211. Doi: 10.1503/cmaj.161043.
17. Atik B, Kılınç G, Atsal A, Çöken F, Yazar V. Our Brain Death and Organ Donation Experience: Over 12 Years. *Transplantation Proceedings*. 2019; 51:2183-2185. Doi: 10.1016/j.transproceed.2019.01.148.
18. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Organización Nacional de Trasplantes. Madrid:ONT; 2019. Available from: <<https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4765>>
19. Kock K, Santana M, Silva S, Andrade S, Santos E. Perfil epidemiológico, disfunção orgânica e eletrolítica em potenciais doadores de órgãos e tecidos de um hospital do sul do Brasil. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2019; 64(2):100-107. Doi: 10.26432/1809-3019.2019.64.2.100.
20. Silva P, Silva A, Olegário W, Furtado B. Caracterização das vítimas de traumatismo encefálico que evoluíram para morte encefálica. *Rev Cuid*. 2018; 9(3):2349-60. Doi: 10.15649/cuidarte.v9i3.565.
21. Monteiro C, Almeida A, Bonfim C, Furtado B. Características de acidentes e padrões de lesões em motociclistas hospitalizados: estudo retrospectivo de emergência. *Acta Paul Enferm*. 2020; 33:1-8. Doi: 10.37689/acta-ape/2020ao0115.
22. Organização Pan Americana de Saúde. Organização Pan Americana de Saúde. Available from:<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5638:10-principais-causas-de-morte-no-mundo&Itemid=0>
23. Calazans J, Queiroz B. The adult mortality profile by cause of death in 10 Latin American countries (2000–2016). *Rev Panam Salud Publica*. 2020; 1(44):1-9. Doi: 10.26633/RPSP.2020.1.

24. Istrate M, Harrison T, Valero R, Morgan S, Paez G, Zhou Q, et al. Benefits of Transplant Procurement Management (TPM) specialized training on professional competence development and career evolutions of health care workers in organ donation and transplantation. *Exp Clin Transplant*. 2015; 13(1):148-155. Available from: <
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25894145/>>
25. Cordeiro T, Knihns N, Magalhães A, Barbosa S, Paim S. Weaknesses in the knowledge of critical care unit teams related to the process of organ and tissue donation. *Cogitare enferm*. 2020; 25: e66128. Doi: 10.5380/ce.v25i0.
26. Westphal G, Veiga V, Franke C. Determinação da morte encefálica no Brasil. *Rev. bras. ter. intensiva*. 2019; 31(3): 403-409. Doi: 10.5935/0103-507x.20190050.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017b. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Revoga Portaria nº 2600/GM/MS, de 21 de outubro de 2009. *Diário Oficial da União*, 2017b. Disponível em:<
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html>
28. Organización Nacional de Trasplantes. Memoria de actividad de donación. Madrid: ONT; 2017. Available from:<
<http://www.ont.es/infesp/Memorias/Memoria%20Donaci%C3%B3n%202017.pdf>>
29. United States of America (USA). Department of Health & Human Services. Organ Donation Statistics; 2016. Available from:< <https://www.organdonor.gov/statistics-stories/statistics.html>>
30. National Health Service (NHS). Highest number of organ transplants ever across UK, but many families still say no to donation; 2016. Available from:< <https://www.organdonation.nhs.uk/get-involved/news/highest-number-of-organ-transplants-ever-across-uk/>>
31. Can F, Hovardaoglu S. Organ Donation: A Comparison of Donating and Nondonating Families in Turkey. *Transplant proc*. 2017; 49(9): 1969-74. Doi: 10.1016/j.transproceed.2017.09.032.
32. Tackmann E, Dettmer S. Acceptance of post-mortem organ donation in Germany: representative cross-sectional study. *Anaesthesist*. 2018; 67(2):118- 25. Doi: 10.1007/s00101-017-0391-4.
33. Passos C, Silveira R, Lunardi G, Rocha L, Ferreira J, Gutierrez G. Perfil do potencial doador e recusa familiar para doação de órgãos. *Research, Society and Development*. 2020; 9(3): 1-19. Doi: 10.33448/rsd-v9i3.2698.
34. Prasad G. Understanding the sex disparity in living kidney donation. *J Eval Clin Pract*. 2018; 24(5): 999-1004. Doi: 10.1111/jep.13015.
35. Młozniak E, Schier K. The body as an object— A sociocultural perspective: The study of young adults' narratives. *Sociological Research Online*. 2016; 21(1): 1–18. Doi: 10.5153/sro.3865.
36. Santos J, Santos A, Lira G, Moura L. Percepção de familiares sobre a doação de órgãos e tecidos. *Rev enferm UFPE on line*. 2019; 13(3):578-86. Doi: 10.5205/1981-8963-v13i03a236473p578-577-2019.
37. Piemonte G, Migliaccio M, Bambi S, Bombardi M, Dantonio L, Guazzini A, et al. Factors influencing consent to organ donation after brain death certification: a survey of 29 Intensive Care Units. *Minerva Anestesiol*. 2018; 84(9): 1044-1052. Doi: 10.23736/S0375-9393.18.12658-7.
38. Hénon F, Le Nobin J, Ouzzane A, Villers A, Strecker G, Bouyé S. Analyse des raisons motivant le refus du don d'organes par les familles de patients en état de mort encéphalique dans un centre régional de prélèvement. Factors influencing the choice of nondonor families in a French organ-harvesting center. *Prog Urol*. 2016; 26(11-12): 656-661. Doi: 10.1016/j.purol.2016.09.050.

39. Mojtabae M, Ghorbani F, Mohsenzadeh M, Beigee F. Update on Causes of Family Refusal for Organ Donation and the Related Factors: Reporting the Changes Over 6 Years. *Transplant Proc.* 2018; 50(1): 10-13. Doi: 10.1016/j.transproceed.2017.11.021.
40. Cajado M, Franco A. Doação de órgãos e tecidos para transplantes: impasses subjetivos diante da decisão familiar. *Revista Baiana de Saúde Pública.* 2016; 40(2): 480-499. Doi: 10.22278/2318-2660.2016.

Editora en Jefe: Dra. Ana Laura Solano López, PhD