

DETERMINAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA, CAPTAÇÃO E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS EM UM HOSPITAL DE ENSINO

DETERMINATION OF BRAIN DEATH, CAPTURE AND DONATION OF ORGANS AND TISSUES IN A TEACHING HOSPITAL

DETERMINACIÓN DE MUERTE CEREBRAL, CAPTURA Y DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN UN HOSPITAL DE ENSEÑANZA

Diego Henrique de Souza*, Liliâne Cavalcante da Costa*, Taís Pagliuco Barbosa**, Camila Luzia Damiana Chieratto***, Nilson Mozas Olivares****, Janaína Ornelas*****

Resumo

Introdução: A doação de órgãos ou tecidos em transplantes envolve questões pessoais e jurídicas do paciente e familiares. **Objetivos:** Identificar perfil, causas de morte encefálica, motivos para a não doação de órgãos de pacientes em um hospital de ensino do noroeste paulista e correlacionar as variáveis no período anterior e posterior à Resolução nº 2173 de novembro de 2017. **Método:** Estudo descritivo, quantitativo, retrospectivo. Os dados foram coletados em julho de 2020. A população foi constituída por pacientes que evoluíram para morte encefálica, período de 2016 a 2020, totalizando 97 pacientes. **Crítérios de inclusão:** pacientes com constatação de morte encefálica; e de exclusão, pacientes que evoluíram com morte, sem constatar morte encefálica, ou dados incompletos nos prontuários. **Instrumento de coleta de dados:** consulta em prontuário eletrônico. Utilizaram-se testes estatísticos de R-Pearson e Fisher. **Resultados:** De 97 pacientes, 58 (59,8%) foram doadores de órgãos e 39 (40,2%) não doadores, tendo como principal motivo a recusa familiar, em 20 (51,2%). A maioria do sexo masculino, 64 (62,8%), maiores de 60 anos, 38 (42,5%). Diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico em 28 (32,2%). Religião prevalente foi a católica, em 59 (60,8%) e escolaridade nível fundamental incompleto, em 45 (46,4%). Em 2016, constataram-se 6 mortes, sendo 4 (66,7%) doadores; em 2017 foram 23 mortes, sendo 12 (52,1%) doadores. **Conclusão:** É preciso mais investimentos em educação permanente no processo de trabalho dos profissionais de saúde junto ao paciente e sua família, de modo a interferir no processo de doação e transplante.

Palavras-chave: Transplante de órgãos. Enfermagem. Educação em saúde. Morte encefálica.

Abstract

Introduction: The donation of organs or tissues in transplants involves personal and legal issues of the patient and family. **Objectives:** To identify profile, causes of brain death, reasons for not donating organs to patients in a hospital in the northwest of São Paulo and to correlate the variables in the period before and after Resolution nº November 2173, 2017. **Methods:** Descriptive, quantitative, retrospective study. Data were collected in July 2020. The population consisted of patients who evolved to brain death, from 2016 to 2020, totaling 97 patients. **Inclusion criteria:** patients with brain death; and exclusion, patients who progressed to death, without brain death, or incomplete data in medical records. **Data collection instrument:** consultation in electronic medical records. R-Pearson and Fisher statistical tests were used. **Results:** Of 97 patients, 58 (59.8%) were organ donors and 39 (40.2%) were non-donors, the main reason being family refusal, in 20 (51.2%). The majority of males, 64 (62.8%), older than 60 years, 38 (42.5%). **Diagnosis of Hemorrhagic Stroke** in 28 (32.2%). The prevalent religion was Catholic, in 59 (60.8%) and incomplete elementary school, in 45 (46.4%). In 2016, there were 6 deaths, of which 4 (66.7%) were donors; in 2017 there were 23 deaths, of which 12 (52.1%) were donors. When compared with previous years, in this case with those of 2016 and 2017, previously the change in decree 2173/17. **Conclusion:** It is necessary more investments in permanent education in the work process of health professionals with the patient and his family, in order to interfere in the donation and transplantation process.

Keywords: Organ transplantation. Nursing. Health education. Brain death.

Resumen

Introducción: La donación de órganos o tejidos en trasplantes involucra cuestiones personales y legales del paciente y su familia. **Objetivos:** Identificar el perfil, causas de muerte encefálica, motivos de no donación de órganos de pacientes de un hospital universitario del noroeste de São Paulo y correlacionar las variables en el período anterior y posterior a la Resolución N ° 2173 de noviembre de 2017. **Método:** Estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo. Los datos se recopilaron en julio de 2020. La población estuvo compuesta por pacientes que evolucionaron a muerte cerebral, de 2016 a 2020, con un total de 97 pacientes. **Criterios de inclusión:** pacientes con confirmación de muerte encefálica; y exclusión, pacientes que evolucionaron con muerte, sin observar muerte encefálica, o datos incompletos en la historia clínica. **Instrumento de recogida de datos:** consulta en historia clínica electrónica. Se utilizaron pruebas estadísticas de R-Pearson y Fisher. **Resultados:** De 97 pacientes, 58 (59,8%) fueron donantes de órganos y 39 (40,2%) no donantes, siendo 20 (51,2%) el principal motivo de rechazo familiar. La mayoría eran hombres, 64 (62,8%), mayores de 60 años, 38 (42,5%). Diagnóstico de ictus hemorrágico en 28

*Graduados em Enfermagem pelo Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP.

**Docente em Enfermagem do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP.

***Enfermeira do Centro de Captação de Órgãos e Tecidos do Hospital Padre Albino, Catanduva-SP.

****Docente do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP. Contato: nilsonmozas@yahoo.com.br

*****Docente em Enfermagem do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), Catanduva-SP. Contato: ornelasloru@gmail.com

(32,2%). La religión predominante fue la católica, en 59 (60,8%) y la educación primaria incompleta, en 45 (46,4%). En 2016, hubo 6 defunciones, de las cuales 4 (66,7%) fueron donantes; en 2017 hubo 23 defunciones, de las cuales 12 (52,1%) fueron donantes. Conclusión: Se necesitan más inversiones en educación permanente en el proceso de trabajo de los profesionales de la salud con el paciente y su familia, para interferir en el proceso de donación y trasplante.

Palabras clave: Trasplante de órganos. Enfermería. Educación para la salud. Muerte cerebral.

INTRODUÇÃO

A doação de órgãos e tecidos para o processo de transplante é complexa, pois envolve questões pessoais e jurídicas do paciente e de seu familiar. Traz grandes expectativas de recuperação a uma pessoa com risco iminente de morte e que está há anos lidando com sua doença¹. Este processo baseia-se em retirar o órgão, tecido ou parte deles de um indivíduo, chamado de doador, e implantar em outro ser humano, denominado receptor. O doador de órgãos pode ser alguém vivo e saudável ou *post mortem* (cadáver), de acordo com os protocolos existentes e com a viabilidade do órgão que está disponível².

A participação do enfermeiro é essencial na viabilização dos tecidos e órgãos a serem doados, dispondo de um sistema desenvolvido pelo Ministério da Saúde, com base de dados em todo o território brasileiro, que se beneficia dessa modalidade terapêutica. Sendo assim, uma das atividades deste profissional consiste em realizar diariamente a identificação de pacientes com suspeita de Morte Encefálica (ME), pela busca ativa em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), recuperação pós-anestésica e emergências².

O diagnóstico de ME foi regulamentado em 1991, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que a definiu como situação irreversível de todas as funções respiratórias e circulatórias ou cessação de todas as funções do cérebro, incluindo o tronco cerebral. A manutenção do potencial doador deve ser realizada assim que há suspeita de ME. A consciência da irreversibilidade do quadro de morte deve despertar no profissional a condição do aproveitamento dos órgãos para o transplante^{3,4}.

A identificação do possível doador, com sinais clínicos de ME (coma irreversível, arreativo e aperceptivo), inicia-se com procedimentos técnicos e protocolares que confirmarão a condição do indivíduo, como doador em potencial⁵. Previamente a esta situação, o enfermeiro orienta a equipe de saúde sobre

a necessidade de informar e esclarecer aos familiares, o início dos procedimentos de confirmação de ME. Esse cuidado é importante, pois as famílias de doadores só têm contato com o diagnóstico de ME após sua conclusão, o que dificulta a aceitação dessa condição⁴.

Outro momento de extrema relevância no processo de doação refere-se à manutenção do potencial doador em ME, cujo cuidado prestado tem por objetivo manter a viabilidade dos órgãos para transplante⁶. Por meio da assistência prestada intenciona-se salvar vidas ou melhorar a qualidade de vida daqueles que necessitam de órgãos e tecidos. Assim, o doador é o meio para um determinado fim e essas perspectivas motivam ações do enfermeiro no processo de doação, dando sentido e importância ao seu trabalho⁵.

O Brasil possui um dos maiores programas públicos de transplantes do mundo, com uma política fundamentada nas Leis nº 9.434/1997 e 10.211/2001, tendo como diretrizes a "gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores, não maleficência em relação aos doadores vivos". Após a constatação de ME é acionada a Central de Notificação, captação e distribuição de órgãos (CNCDOs) para que ocorra notificação compulsória, independente da clínica do potencial doador ou desejo familiar⁷.

O Decreto nº 9.175/2017 reforçou a incumbência do CFM para determinação dos critérios de ME. A partir de então, a Resolução nº 2.173 do CFM, de 23 de novembro de 2017, definiu a ME como a perda completa e irreversível das funções encefálicas, definidas pela cessação das atividades corticais e do tronco encefálico⁸. As principais alterações na metodologia da determinação de ME foram: a participação do neurologista deixou de ser obrigatória e os médicos devem ser especificamente capacitados para determiná-la; determinação de um tempo mínimo de observação e tratamento antes de iniciar a determinação de ME; cumprimento de pré-requisitos fisiológicos para realização do diagnóstico; redução do

intervalo de tempo entre os dois exames clínicos e possibilidade de realização de exame clínico em casos de lesão anatômica unilateral, de olhos ou ouvidos; realização de apenas um teste de apneia; gasometria pré-teste; comunicação adequada com familiares antes e durante todo o processo; previsão da interrupção do suporte vital quando a doação de órgãos não for viável, e preenchimento de novo termo de determinação de ME pela equipe médica⁸.

Uma série de mudanças propostas pela Resolução 2.173/2017 do CFM proporcionou melhorias na determinação da ME sem comprometer a segurança. Porém, alguns aspectos merecem ser debatidos em razão de suas possíveis implicações técnicas, éticas e sociais⁹. Em 2017, nos Estados Unidos, com população de 325 milhões de habitantes, realizaram-se 34.770 transplantes, a partir de 16.473 doadores. No final de 2017, aguardavam por um órgão 115 mil pacientes. Atualmente, a cada dia, vinte pessoas morrem esperando um transplante, enquanto a cada 10 minutos outra pessoa é adicionada à lista de espera^{10,11}.

A sistematização da assistência de enfermagem e profissionais de enfermagem bem treinados fazem com que ocorra um aumento na efetivação das doações de órgãos e tecidos, assim como diminuição nas listas de espera por transplantes, inclusive o suporte às necessidades fisiológicas básicas do potencial doador, objetivado a atenção e dedicação aos doadores, receptores e familiares⁸. Portanto, uma das indagações deste estudo foi em relação à Resolução nº 2173 de novembro de 2017, se houve otimização no processo de constatação de ME, captação e doação de órgãos e tecidos em um hospital do noroeste paulista.

OBJETIVOS

Identificar o perfil e as causas de morte encefálica, os motivos para a não doação de órgãos e tecidos de pacientes em um hospital do noroeste paulista e correlacionar as variáveis em um período de tempo anterior e posterior à Resolução nº 2173 de novembro de 2017.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo, a partir de dados da Comissão Intra-Hospitalar de Transplante (CIHT) do Hospital Padre Albino no município de Catanduva, estado de São Paulo. O presente estudo foi realizado no referido hospital, caracterizado como geral, de ensino, centro de referência em procedimentos de média e alta complexidade. Anualmente, a instituição contabiliza mais de 12 mil internações; somente a Unidade de Urgência e Emergência atende mais de 110 mil pacientes.

Em números, o hospital possui 143 leitos, com média de 498 internações/mês. A UTI adulta, onde os dados serão coletados, possui área física de 510 m², referência para Catanduva e região, com 10 leitos, e dispõe de toda tecnologia necessária ao adequado atendimento de pacientes críticos clínicos e cirúrgicos.

A coleta de dados foi realizada em um período de dois meses, de julho a agosto de 2020, com os pacientes que evoluíram para Morte Encefálica, nos setores de emergência e UTI, através do banco de dados do CIHT, com informações referentes ao processo de doação antes e após a mudança da lei sobre doação de órgãos e tecidos. Tal alteração no protocolo de Morte Encefálica ocorreu em novembro de 2017, Resolução nº 2173, que regulamenta a Lei nº 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 tratamento⁹.

A população e amostra foi constituída por 97 pacientes que evoluíram para ME na Unidade de Terapia Intensiva e Emergência nos anos de 2016 a 2020, cadastrados pelo CIHT, no período de dois anos antes da Resolução nº 2173/17, e dois anos após, sendo os anos de 2016, 2017, e após 2018, 2019 e início de 2020 (primeiro trimestre), para verificar a efetividade na mudança da lei sobre doação de órgãos e tecidos. Por se tratar de pesquisa que envolveu apenas análise de prontuários, não foi necessária a utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apenas o termo de ausência de TCLE. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Padre Albino, com o parecer número 4113061, em junho de 2020.

Os critérios de inclusão foram pacientes que evoluíram a óbito e foram constatados com ME. Os critérios de exclusão foram pacientes que evoluíram com morte, porém, sem constatar ME, além de dados incompletos nos prontuários.

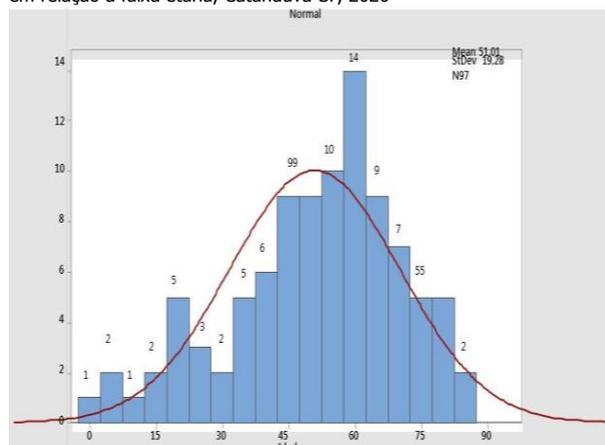
Foram coletadas no banco de dados do CIHT as seguintes informações: sexo, idade, escolaridade, religião, estado civil, tempo de internação, causa da ME, procedência do município de Catanduva ou região, exame complementar para detectar a ME, se houve ou não a doação de órgãos, motivo de recusa em doar os órgãos.

Os dados foram agrupados, tabelados no programa *Excel*, e utilizados testes estatísticos de Fisher e correlações R de Pearson para as análises inferenciais.

RESULTADOS

A amostra total de pacientes que evoluíram para ME foi de 97, sendo 50 (51,5%) do gênero feminino e 47 (48,5%) do gênero masculino. A faixa etária média prevalente dos pacientes que evoluíram para ME foi entre 51 a 68 anos em 36 pacientes, e em apenas 5 pacientes em ME com faixa etária entre 1 a 15 anos. Em relação à idade mínima, tivemos pacientes que evoluíram para ME menores de 1 ano de idade e máxima de 86 anos, sendo a média de idade de 51,01 e desvio padrão de 19,08, conforme mostra o Gráfico 1.

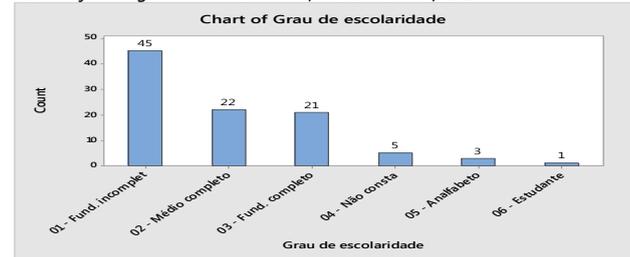
Gráfico 1 - Perfil dos pacientes que evoluíram para morte encefálica em relação à faixa etária, Catanduva-SP, 2020



Fonte: dados da pesquisa.

O tempo médio de internação foi de 5,6 dias, com mínimo de 1 dia e máximo de 30 dias. O nível de escolaridade predominante foi o ensino fundamental incompleto, em 45 (46,4%) pacientes, e apenas 1 (1,0%) era estudante. Outra categoria de destaque foi o ensino fundamental completo com 21 (21,6%) pacientes, conforme mostra o Gráfico 2.

Gráfico 2 - Perfil dos pacientes que evoluíram para morte encefálica em relação ao grau de escolaridade, Catanduva-SP, 2020



Fonte: dados da pesquisa.

Sabe-se que a ME é ocasionada por diversas causas, seja por motivos clínicos, traumáticos ou cirúrgicos, portanto, de acordo com os resultados obtidos nesta pesquisa, conseguimos levantar os diversos motivos de ME, sendo a principal Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVCH) em 57 (58,2%) pacientes, seguida de Trauma Cranioencefálico (TCE) em 19 (19,4%), Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVCI) em 7 (7,1%) e outras patologias em apenas 1 (1,0%) caso.

Sobre o perfil dos pacientes em ME quanto à religião, a maioria apresentou-se como católico, em 65 (67,01%) pacientes, seguido de evangélico em 23 (23,7%) e 9 (9,29%) de outras religiões. Os exames complementares para constatar a ME foram: cintilografia em 48 (49,5%), arteriografia em 37 (38,1%) e doppler em 12 (12,3%). Após verificar o perfil dos pacientes que evoluíram para ME, foi também identificada a quantidade de doações e recusas de órgãos e tecidos.

De 97 pacientes diagnosticados com ME, durante o período de 2016 a 2020, foram 58 doações e 39 recusas de órgãos e tecidos. Considerando a Resolução nº 2173 de novembro de 2017, pudemos realizar um levantamento das doações em um período anterior, neste caso nos anos de 2016 e 2017, e após a resolução 2018, 2019 e 2020, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Doação e recusa de órgãos e tecidos no período anterior e posterior à Resolução nº 2173/17 sobre a mudança no protocolo, Catanduva-SP, 2020

	Doação		Não Doação		Total	
	N	%	N	%	N	%
Antes da Resolução	16	55,2	13	44,8	29	100
Após a Resolução	42	61,7	26	38,2	68	100
Total	58	59,8	39	40,2	97	100

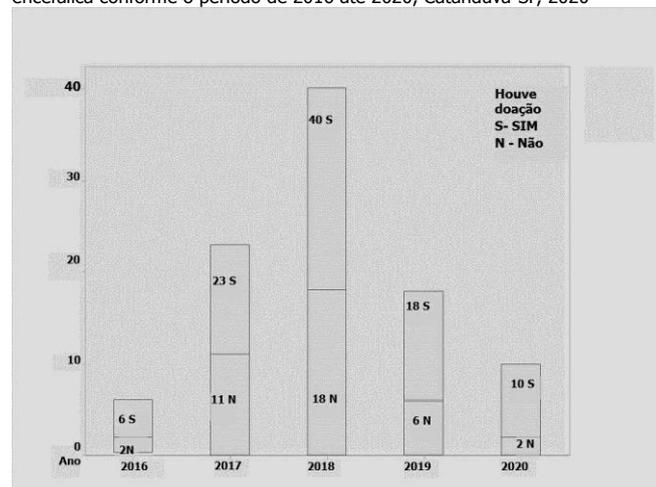
Fonte: dados da pesquisa.

Entre os 97 pacientes, sabemos que 58 (59,8%) foram doadores de órgãos e tecidos e que 39 (40,2%) não foram. Destes não doadores, destacam-se alguns motivos para tal fato, sendo a recusa familiar em maior número, em 51,3%, seguido de contraindicação médica em 17,9%. Em relação ao estado civil dos pacientes em ME, a maioria era casada, 40 (41,2%), seguida de solteiros, 29 (29,8%). Quando comparadas a doação e recusa de órgãos e tecidos, chama a atenção a categoria amasiado, pois em todos, total de 9 (9,2%) pacientes, obtivemos a doação.

Sabe-se que o município de Catanduva-SP abrange uma área de 19 municípios da região na área da saúde e no processo de captação e doação de órgãos. Por isso, a maioria dos pacientes em ME era da região de Catanduva, 59 pacientes, com uma proporção relativamente parecida entre doadores e não doadores no próprio município e região, sendo em Catanduva 38 doadores e 12 não doadores, e na região 59 doadores e 27 não doadores de órgãos e tecidos.

Quanto ao processo de captação e doação de órgãos e tecidos antes da Resolução nº 2173/17, conseguimos verificar uma melhoria no processo de constatação de ME no decorrer dos anos, entre 2016 a 2020, porém quando aplicado teste estatístico Fisher, com H_0 sendo a probabilidade do número de captação de órgãos para doação em pacientes que foram a óbito ser a mesma após alterações, e H_1 como a probabilidade do número de captação de órgãos para doação em pacientes que foram à óbito ser diferente, considerando o nível de significância de $p < 0,05$ e utilizando teste bicaudal, foi possível verificar $p < 0,651965$, com rejeição de H_0 . Portanto, não houve diferença na doação de órgãos após mudança da Resolução, conforme mostra o Gráfico 3.

Gráfico 3 - Doação de órgãos e tecidos de pacientes em morte encefálica conforme o período de 2016 até 2020, Catanduva-SP, 2020



Fonte: dados da pesquisa.

Através do Gráfico 3, observa-se um aumento no número de constatações de ME no período de 2018, totalizando 40 pacientes, porém com declínio em 2019 com 18 pacientes. Ressalta-se também que no ano de 2020 a coleta de dados foi do período de janeiro a maio, por isso uma amostra menor. Contudo, quando comparada com o ano todo de 2016, verifica-se que houve melhoria também na constatação de ME apenas em um período menor que seis meses.

DISCUSSÃO

A maioria dos pacientes que evoluíram para ME era do sexo feminino (51,5%), corroborando com um estudo realizado sobre o perfil do potencial doador no Estado de São Paulo, em que 51,9% eram também do sexo feminino¹⁰. Os dados diferem daqueles apontados pelo Ministério da Saúde, que indicou 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 masculino¹¹.

A relação entre as características de 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 trânsito¹⁰.

A faixa etária predominante dos pacientes em ME foi entre 51 e 68 anos, sendo 38 (42,5%) dos pacientes. Com relação a estes resultados, encontramos estudos relacionados aos doadores de órgãos, sendo 14 doadores maiores de 60 anos e 36 com idade por volta de 50 a 59 anos¹². Alguns temas abordados no Brasil e no mundo revelam desfechos compatíveis ao conteúdo exposto, isto significa que o intervalo de idade em torno de 50% dos doadores apresentava-se entre 41 a 60 anos¹³.

Em relação ao estado civil, os dados da pesquisa apontam predomínio de pacientes em ME casados (40 pacientes), seguidos de 29 solteiros. Porém, quando relacionadas a doação e a recusa de órgãos e tecidos, fica evidente e relevante a condição civil amasiado, com um total de 9 pacientes, sendo todos doadores de órgãos e tecidos. Logo, a condição matrimonial abordada em outros estudos revela que 38% eram casados, 26% solteiros, 12% separados, 19% viúvos e 5% amasiados, corroborando com nossa pesquisa¹⁴.

Entre os motivos para a recusa na doação de órgãos e tecidos, identificou-se a falta de informação e compreensão da família relacionados ao diagnóstico de ME e processo de doação e captação de órgãos e tecidos. Muitos estudos mostram que são indispensáveis o preparo e a qualificação de todos os profissionais envolvidos para realizar explicações na entrevista à família¹⁵.

A maioria dos pacientes em ME eram católicos, seguidos de evangélicos, além de espíritas e testemunhas de Jeová. A religião pode interferir no processo de doação de órgãos, quando crenças, convicções, superstições ou informações distorcidas a respeito dele transformam-se em dificuldades¹⁶. Portanto, se faz necessário informar e conscientizar os dirigentes espirituais que a religião precisa caminhar e evoluir junto à ciência.

O grau de escolaridade prevalente foi o ensino fundamental incompleto em torno de 45 pacientes (46,4%), sendo que somente 1 (1,0%) era acadêmico. Dado o exposto, alguns estudos analisam as características sociodemográficas referentes aos

potenciais doadores incluindo o nível de escolaridade. O tema indica que os potenciais doadores de órgãos executavam algum tipo de trabalho (76,9%), com grau estudantil entre analfabetos/ensino fundamental (53,8% dos indivíduos)^{16,17}.

Constatamos que várias patologias e diversos fatores podem levar a ME, com prevalência de Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVCH) em 57 (58,2%), seguido de Traumatismo Cranioencefálico (TCE) com 19 (19,4) dos eventos, Acidente Vascular Encefálico Isquêmico em 7 (7,1%) das causas, as demais comorbidades somente 1 (1,0%) ocorrência. De acordo com os motivos de ME, uma pesquisa japonesa revelou que dos 148 adultos em ME, efetivaram a doação e captação de órgãos e tecidos, nos anos de 1999 a 2012, tendo como causa primária em 60 casos a hemorragia subaracnóidea, em 23 traumatismos cranianos, em 32 parada cardíaca, hemorragia cerebral em 25, infarto cerebral em 6 e tumores cerebrais em 2¹⁸.

Sobre a análise e delineamento dos indivíduos que vieram a evoluir para ME neste estudo, os dados constatados apontam os números de doações e recusas, sendo que 58 indivíduos foram doadores e 39 recusaram a doação de órgãos e tecidos. Dentre os que recusaram a doação, ficam evidentes as razões para o sucedido, estando a recusa familiar em prevalência com 51,3%, seguida de contraindicação médica em 17,9% dos casos. Algumas pesquisas semelhantes mostraram que no ano de 2009 a rejeição da família ressurgiu, sendo a maior causa da recusa de doação de órgãos e tecidos. De certa forma, encontramos que o motivo de recusa dos familiares representa grande parte das causas para a não doação de órgãos, resultando em 45,3%. Ainda assim, há alguma possibilidade de melhoria dos índices de doação, caso as razões que envolvam o quesito família tornem-se conceituadas e obsoletas¹⁹.

A recusa familiar vem sendo uma das mais importantes causas de não doação de órgãos e tecidos no país. Com relação ao ano anterior, 43% dos familiares, conforme a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), negaram o consentimento de órgãos de seus entes queridos depois

da constatação e validação do diagnóstico de ME⁶. Bases do Ministério da Saúde apontam que, por volta de um ano atrás, em meados de 2019, dentre os 6.476 diálogos com os parentes com intuito de obter a permissão para doação de órgãos e tecidos, ocorreram 2.716 recusas, aumentando para 42%, valores que se mantêm quase contínuos por extensos períodos²⁰.

A relação entre o dimensionamento dos transplantes no Brasil e de cada estado nos anos de 2010 a 2017, exposta pela Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), tornou-se o primeiro agente objetivando alcançar bases de pesquisas brasileiras perante as informações obtidas. No ano de 2017, o Brasil atingiu 3415 doações efetivas, tendo um aumento de 14% em análises comparativas no ano de 2016 (2981 concessões), atingindo o índice de 16,6 PMP (total claramente inferior ao da Espanha, a qual alcançou 46,9 PMP no ano de 2017)¹⁷.

Sabe-se que a doação de órgãos e tecidos vem aumentando no decorrer dos anos, independente de novas regulações das leis. Porém, a falta de notificação de ME e falhas na manutenção dos órgãos para a captação representam fatores que dificultam a efetivação da doação²⁰.

Uma das limitações do estudo foi que, durante a coleta de dados, os autores não verificaram a data específica da constatação de ME, sendo coletado apenas o ano da ME, fato este que poderia colaborar para outras análises. Os benefícios da pesquisa foram caracterizar o perfil dos pacientes que evoluíram para ME, a fim de propor melhorias no processo de captação e doação de órgãos.

CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, foi possível conhecer as características dos pacientes que evoluíram para ME e se tornaram possíveis doadores de órgãos e tecidos. Também não foi constatada a correlação entre a mudança na regulação e o processo de doação de órgãos. A falta de conhecimento sobre o processo de captação e doação de órgãos implica na diminuição considerável no número de doadores e, conseqüentemente, nos números de transplantes. Saber o perfil epidemiológico destes pacientes

representa uma importante ferramenta para as políticas de doação de órgãos. Além disso, para aumentar o sucesso tanto na identificação dos pacientes em ME, quanto na manutenção do potencial doador e na captação de órgãos, é fundamental o treinamento dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Sartori ZC, Santos LHS. Donation of organs and tissues: the centrality of the heart and the emergence of the brain expressed in an art project. *Interface Comunic, Saude, Educ.* 2011; 15(38):635-48.
2. Marck CH, Neate SL, Skinner M, Dwyer B, Hickey B, D'Costa R, et al. Factors relating to consent for organ donation: prospective data on potential organ donors. *Intern Med J.* 2015; 45(1):40-7.
3. Neate SL, Marck CH, Skinner M, Dwyer B, McGain F, Weiland TJ, et al. Understanding Australian families' organ donation decisions. *Anaesth Intensive Care.* 2015; 43(1):42-50.
4. Santos MJ, Moraes EL, Massarollo MCKB. Communicating bad news: ethical dilemmas before situations of encephalic death. *O Mundo da Saúde.* 2012; 36 (1):34-40.
5. Rabello GD. Coma e estados alterados de consciência. In: Nitrini R, Bacheschi LA. *A neurologia que todo médico deve saber.* 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2015. p. 153-75.
6. Freire ILS, Vasconcelos QLDAQ, Araujo RO, Pinto JTJM, Torres GV. Caracterização dos potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. *Rev Enferm UFPE On line [Internet].* 2013 [citado em 22 nov 2020]; 7(1):184-91. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10220>
7. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.480/1997. Define critérios para diagnóstico de morte encefálica [Internet]. Brasília (DF): CFM; 1997. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1480_1997.htm
8. Brasil. Decreto nº. 9.175, de outubro de 2017. Regulamenta a Lei Nº. 9.434, sancionada em 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2017. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2017/decreto-9175-18-outubro-2017-785591-publicacaooriginal-153999-pe.html>
9. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2173, de 23 de novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica [Internet]. Brasília (DF): CFM; 2017. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173>
10. Fusco CC, Marcelino CAG, Araújo MN, Ayoub AC, Martins CP. Perfil dos doadores efetivos de múltiplos órgãos e tecidos viabilizados pela organização de procura de órgãos de uma instituição pública de cardiologia. *JBT-J Bras Transpl [Internet].* 2009 [cited 2012 Apr 20];12(2):1109-12. Available from: <http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/jbt/vol12n2/volumeCompleto.pdf>.
11. Coelho GHF, Bonella AE. Doação de órgãos e tecidos humanos: a transplantação na Espanha e no Brasil. *Rev bioét.* 2019; 27 (3):419-29.
12. Passos IMS, Figueiredo JBV, Menezes MO, Silva DP, Oliveira DML. Manutenção hemodinâmica na morte encefálica: revisão literária. *Cadernos de Graduação - Ciências biológicas e da saúde Unit.* 2014; 2 (1):73-86.
13. Lima FET, Ferreira AKA, Fontenele KA, Almeida ERB. Perfil dos pacientes na lista única de espera para transplante cardíaco no estado do Ceará. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 95(1):79-84.

14. Rodrigues SL, Ferraz Neto JB, Sardinha LA, Araujo S, Zambelli HJ, Boin IF, et al. Perfil de doadores efetivos do serviço de procura de órgãos e tecidos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014;26(1):21-7.
15. Pessoa JL, Schirmer J, Roza BA. Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(4):323-30.
16. Ferrazzo S, Vargas MAO, Mancia JR, Ramos FRS. Crença religiosa e doação de órgãos e tecidos: revisão integrativa de literatura. *Rev Enferm UFSM*. 2011; 1(3):449-60.
17. Registro Brasileiro de Transplantes (RBT). Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO). Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO). 2019.
18. Sagishima K, Kinoshita Y. Pupil diameter for confirmation of brain death in adult organ donors in Japan. *Acute Medicine & Surgery*. 2016; 4(1):19-24.
19. Bispo CR, Lima JC, Oliveira MRC. Doação de órgãos: uma perspectiva de graduandos de enfermagem. *Rev Bioét*. 2016; 24(2):386-94.
20. Ramos ASMB, Carneiro AR, Pessoa DLR, Fontele RM, Machado MCAM, Nunes SFL. O enfermeiro no processo de doação e transplante de órgãos. *Rev Recien*. 2019; 9(25):3-10.

Envio: 12/02/2021

Aceite: 15/04/2021