

PERFIL DE POTENCIAIS DOADORES SEGUNDO A EFETIVIDADE DA DOAÇÃO
PROFILE OF POTENTIAL DONORS BY THE EFFECTIVENESS OF DONATION
PERFIL DE LOS POTENCIALES DONANTES SEGÚN EFICACIA DE DONACIÓN

Izaura Luzia Silvério Freire¹
Quinidia Lúcia Duarte de Almeida Quithé de Vasconcelos²
Rhayssa de Oliveira e Araújo³
Gabriela de Sousa Martins Melo⁴
Isabelle Katherinne Fernandes Costa⁵
Gilson de Vasconcelos Torres⁶

Doi: 10.5902/2179769210998

RESUMO: **Objetivo:** descrever o perfil dos potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes segundo a efetividade da doação. **Método:** estudo transversal e quantitativo, realizado em seis hospitais de Natal/RN, entre agosto de 2010 e fevereiro de 2011, com 65 potenciais doadores. **Resultados:** entre os potenciais doadores, verificou-se predominância de não doadores (72,3%), sexo masculino (50,8%), faixa etária até 45 anos (53,8%), ensino fundamental (60,0%), raça parda (61,5%), solteiros/viúvos/divorciados (56,9%), com profissão (86,2%), renda familiar de até três salários mínimos (81,5%) e residente na região metropolitana (52,3%). Internaram-se em hospitais públicos (86,2%), na unidade de terapia intensiva (64,6%), diagnóstico de acidente vascular encefálico (50,8%) e com hipertensão arterial sistêmica (36,9%). A maioria dos familiares desconhecia o seu desejo quanto à doação (83,1%). **Conclusão:** o conhecimento desse perfil garantirá maior envolvimento entre os profissionais e familiares com reflexos na qualidade dos cuidados e no número de doações. **Descritores:** Doadores de tecidos; Obtenção de tecidos e órgãos; Enfermagem.

ABSTRACT: **Aim:** to describe the profile of potential donor organs and tissues for transplantation according to the effectiveness of the donation. **Method:** transversal and quantitative study conducted in six hospitals in Natal/RN, between August 2010 and February 2011, with 65 potential donors. **Results:** among the potential donors, there was a predominance of non-donors (72,3%), male (50,8%), age group 45 years (53,8%), with basic education (60,0%), mulatto (61,5%), single/widowed/divorced (56,9%), with profession (86,2%), family income of up to three minimum wages (81,5%) and resident in the metropolitan area (52,3%). Admitted in public hospitals (86,2%) in the intensive care unit (64,6%), diagnosis of stroke (50,8%) and with preexistent diseases prevailed hypertension (83,1%). Most families unaware their desire regarding donation (36,9%).

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Professora Mestre da Escola de Enfermagem da UFRN. E-mail: izaurafreire@hotmail.com.

²Enfermeira, mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFRN, bolsista CAPES/DS. E-mail: quinidia@hotmail.com.

³Enfermeira, mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFRN, bolsista CAPES. E-mail: rhayssa.noe@hotmail.com.

⁴Enfermeira, doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFRN, bolsista CAPES. E-mail: gabrielasmm@hotmail.com.

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Professora adjunta Do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: isabellekfc@yahoo.com.br.

⁶Enfermeiro, Pós-Doutor em Enfermagem, Professor Titular Departamento de Enfermagem/UFRN, Pesquisador do CNPq (PQ2). Email gilsonvtorres@hotmail.com

Conclusion: the knowledge that profile will ensure greater involvement between professionals and family with reflexes on quality of care and the number of donations.
Descriptors: Tissue Donors; Tissue and Organ Procurement; Nursing.

Objetivo: describir el perfil de los potenciales donantes de órganos y tejidos para trasplante, según la efectividad de la donación. **Método:** estudio transversal, cuantitativo, realizado en seis hospitales de Natal/RN, entre agosto/2010 y febrero/2011, con 65 donantes potenciales. **Resultados:** predominio de no donantes (72,3%), hombres (50,8%), hasta los 45 años (53,8%), enseñanza primaria (60,0%), mulato (61,5%), solteros/viudos/divorciados (56,9%), con profesión (86,2%), los ingresos familiares de hasta tres salarios mínimos (81,5%) y residente en área metropolitana (52,3%). Admitido en hospitales públicos (86,2%), en la unidad de cuidados intensivos (64,6%), con accidente cerebrovascular (50,8%) e hipertensión arterial (36,9%). La mayoría de las familias desconocen su voluntad respecto a la donación (83,1%). **Conclusión:** el conocimiento del perfil se asegurará mayor participación entre los profesionales y familia sobre la calidad de la atención y número de donaciones.

Descritores: Donantes de tejidos; Obtección de tejidos y órganos; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Designa-se de Potencial Doador (PD) todo paciente com diagnóstico de Morte Encefálica (ME) no qual tenham sido descartadas todas as contraindicações que representem riscos aos receptores. Desse modo, a evolução do conceito desse evento foi fundamental para viabilidade da doação de órgãos e tecidos, uma vez que diagnosticada mediante critérios legais e pré-definidos, segue-se a manutenção das funções vitais para efetivar o transplante.¹⁻²

Salienta-se que a ME se define como a parada completa e irreversível de todas as funções encefálicas, tanto dos hemisférios quanto do tronco cerebral.¹⁻² É a interrupção definitiva de todas as atividades do encéfalo e suas principais causas são Trauma Crânio-Encefálico (TCE), Acidente Vascular Encefálico (AVE) isquêmico ou hemorrágico e encefalopatia anóxica pós-parada cardiorrespiratória.¹⁻²

Historicamente, a primeira concepção de ME desenvolveu-se em 1959, por um grupo de neurologistas franceses, pela condição clínica em que se encontra o encéfalo morto em um corpo vivo, denominada na época de coma *dépassé*.³

Após anos de discussões sobre esse tema, criou-se em 1981 nos Estados Unidos da América (EUA), uma comissão presidencial que definiu a morte como a cessação irreversível das funções circulatória e respiratória ou a parada irreversível do funcionamento de todo o encéfalo.³⁻⁵

Em 1995, a Associação Americana de Neurologia (AAN) publicou revisão da literatura médica associada à classificação, baseada em graus de evidência científica de mais de 200 artigos sobre ME que possibilitaram a definição dos critérios utilizados atualmente.³⁻⁵

No mundo, existem 87 protocolos para o diagnóstico de ME e na maioria dos países eles se respaldam em leis ou decretos específicos. Nunca se demonstrou ou relatou um único caso de recuperação de qualquer função cortical e/ou do tronco cerebral após o diagnóstico de ME utilizando os critérios da AAN de 1995.³⁻⁴

No Brasil, a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) n° 1.480/97¹ definiu o conceito de ME, atendendo ao disposto pela Lei brasileira de transplante n° 9.434/97⁶. O diagnóstico segue quase que completamente as diretrizes firmadas pela AAN, com exceção de que, no Brasil, há obrigatoriedade da realização de um exame complementar.^{1,3-5}

Todo paciente sob suspeita de ME deve ser avaliado de forma precisa e seguir a rotina invariável para esse diagnóstico. O conhecimento do perfil do PD possibilita agregar

valor social ao órgão/tecido doado e motivar envolvimento e compromisso dos profissionais, familiares dos doadores e dos receptores dos órgãos/tecidos, além de fornecer importantes dados para pesquisas futuras.

Com respaldo nessas considerações propõe-se, através desta investigação, buscar resposta para a seguinte questão de pesquisa: Qual o perfil dos PDs de órgãos e tecidos para transplantes, segundo os aspectos sociodemográficos, clínicos e de efetividade da doação?

Credita-se a este estudo proporcionar benefícios aos serviços de saúde, pois poderá nortear condutas a serem adotadas a partir do conhecimento do perfil dos PDs, e também é de grande valia para aqueles que necessitam da terapêutica dos transplantes, pois com a melhora na assistência aumentam o número e a qualidade dos enxertos oferecidos.

Desse modo, o presente estudo busca descrever o perfil dos PDs de órgãos e tecidos para transplantes segundo a efetividade da doação.

MÉTODO

Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa realizado em seis unidades hospitalares de Natal/RN, credenciadas pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT) para retirada e transplante de órgãos e tecidos, na Central de Notificação, Captação e Doação de Órgãos para Transplante (CNCDO) e Organização de Procura de Órgãos (OPO) do Estado do Rio Grande do Norte, no período de agosto de 2010 a fevereiro de 2011.

A população constou de 65 PDs selecionados a partir dos seguintes critérios: score 3 na Escala de Coma de Glasgow; causa do coma definido pela tomografia computadorizada de crânio; identificação pessoal e familiar que pudesse ser responsável pela autorização ou não da doação. Elegeram-se como critérios de exclusão: comprovação de doenças transmissíveis, neoplasia e uso de drogas injetáveis detectadas antes da abertura do protocolo de ME; melhora do quadro neurológico; ou familiar solicitar a saída do estudo.

O instrumento de coleta de dados constou de roteiro estruturado, composto pelas seguintes partes: dados de identificação pessoal; sociodemográficos; clínicos e da efetividade da doação.

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes sob o nº 414/10 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 007.0.294.000-10, coletaram-se as informações diariamente com uso da técnica de observação sistemática não participante, de documentos institucionais como livros de ocorrências e prontuários. Também solicitou-se o consentimento do cônjuge ou parente até segundo grau do PD em participar do estudo, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Procedeu-se à análise dos dados por meio da estatística descritiva, apresentando-os em forma de tabelas. Para tanto, utilizaram-se o *software Microsoft Excel 2010* e um programa estatístico.

RESULTADOS

A Tabela 1 relaciona a efetividade da doação com as variáveis sociodemográficas. Sobre a efetividade da doação, observa-se que dos 65 PDs estudados, 18 (27,7%) foram doadores e 47 (72,3%) não doadores. Quanto ao perfil sociodemográfico, observa-se que a maior parte dos PDs era do sexo masculino (50,8%). No entanto, a maior parte dos doadores são mulheres (15,4%). Predominou a faixa etária até 45 anos (53,8%), média de idade de 42,3 anos, mínimo de cinco e máximo de 73 anos ($\pm 17,32$ anos). Apenas um doador tinha mais de 60 anos. Prevalceu até o ensino fundamental completo (60,0%) e a raça parda (61,5%); a maior parte tinha um credo (95,4%), com predomínio da religião católica (83,1%). Sobressaiu os solteiros/viúvos/divorciados (56,9%), em exercício de

atividade profissional (86,2%), com renda familiar de até três salários mínimos (81,5%); a maioria residia na região metropolitana de Natal/RN (52,3%).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos potenciais doadores segundo a efetividade da doação. Natal/RN, Brasil, 2013.

Perfil sociodemográfico		Efetividade da doação					
		Doador		Não doador		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Masculino	8	12,3	25	38,5	33	50,8
	Feminino	10	15,4	22	33,8	32	49,2
Faixa etária	Até 45 anos	11	16,9	24	36,9	35	53,8
	Acima de 45 anos	7	10,8	23	35,4	30	46,2
Escolaridade	Até fundamental	10	15,4	27	44,6	39	60,0
	Médio/superior	8	12,3	20	27,7	26	40,0
Raça	Pardo	13	20,0	27	41,5	40	61,5
	Branco	3	4,6	17	26,2	20	30,8
	Negro	2	3,1	3	4,6	5	7,7
Religião	Com credo	18	27,7	44	67,7	62	95,4
	Sem credo	0	0,0	3	4,6	3	4,6
Estado civil	Solteiro/viúvo/divorciado	12	18,5	25	38,5	37	56,9
	Casado/união estável	6	9,2	22	33,8	28	43,1
Atividade Profissional	Sim	17	26,2	39	60,0	56	86,2
	Não	1	1,5	8	12,3	9	13,8
Renda	1 a 3 salários	16	24,6	37	56,9	53	81,5
	Acima de 3 salários	2	3,1	10	15,4	12	18,5
Procedência	Metropolitana	11	16,9	23	35,4	34	52,3
	Não metropolitana	7	10,8	24	36,9	31	47,7

A Tabela 2 apresenta os dados referentes ao perfil clínico e de hospitalização. Observa-se que a maior parte dos PDs internaram-se em hospitais públicos (86,2%), na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (64,6%) e tinha como diagnóstico médico o AVE (50,8%), seguido do TCE (40,0%). No entanto, observa-se que a maior parte dos doadores tinha como diagnóstico médico o AVE (18,5%) e nos não doadores predominou o TCE (33,8%).

Tabela 2 - Perfil clínico, de hospitalização e de conhecimento sobre o desejo ou não dos potenciais doadores serem doadores segundo a efetividade da doação. Natal/RN, Brasil, 2013.

Perfil clínico, de hospitalização e do desejo em ser doador ou não		Efetividade da doação					
		Doador		Não doador		Total	
		n	%	n	%	N	%
Hospital	Publico	14	21,5	42	64,6	56	86,2
	Privado	4	6,2	5	7,7	9	13,8
Setor de internação	UTI	12	18,5	30	46,2	42	64,6
	Emergência	6	9,2	12	18,5	18	27,7
Diagnóstico Médico	AVE	12	18,5	21	32,3	33	50,8
	TCE	4	6,2	22	33,8	26	40,0
	Arma de fogo	1	1,5	2	3,1	3	4,6
	Enc. Anóxica	1	1,5	1	1,5	2	3,1
	Tu Cerebral	0	0,0	1	1,5	1	1,5
Doador em vida	Ignorado	12	18,5	42	64,6	54	83,1
	Sim	5	7,7	2	3,1	7	10,8
	Não	1	1,5	3	4,6	4	6,2

Quanto à vontade do PD de ser doador ou não manifestada em vida, a maioria dos familiares informaram desconhecer esse desejo (83,1%). Mas observa-se que dos que manifestaram o desejo de ser doador, a maior parte dos familiares respeitaram essa vontade. Dois PDs (3,1%) manifestaram o desejo de ser doador, mas a família optou pela não doação. Somente um (1,5%) doador os familiares informaram que ele havia revelado o desejo contrário à doação, mas mesmo assim, os familiares preferiram doar seus órgãos.

A Tabela 3 apresenta as variáveis relacionadas às doenças preexistentes e aos fatores de risco e observa-se que os menos frequentes foram uso de drogas injetáveis e *piercing* como o mesmo percentual (98,5%), seguido de tatuagem (89,2%) e Diabetes Melito (DM) (87,7%). No entanto, os mais presentes foram etilismo (24,6%), tabagismo (33,8%) e hipertensão arterial sistêmica (36,9%).

Tabela 3 - Perfil do potencial doador quanto às doenças e fatores de risco preexistentes segundo a efetividade da doação. Natal/RN, Brasil, 2013.

Doenças preexistentes e fatores de risco		Efetividade da doação					
		Doador		Não doador		Total	
		n	%	n	%	N	%
Uso de drogas	Não	18	27,7	46	70,8	64	98,5
	Sim	0	0,0	1	1,5	1	1,5
Piercing	Não	18	27,7	46	70,8	64	98,5
	Sim	0	0,0	1	1,5	1	1,5
Tatuagem	Não	17	26,2	41	63,1	58	89,2
	Sim	1	1,5	6	9,2	7	10,8
Diabetes Melito	Não	16	24,6	41	63,1	57	87,7
	Sim	2	3,1	6	9,2	8	12,3
Etilismo	Não	15	23,1	34	52,3	49	75,4
	Sim	3	4,6	13	20,0	16	24,6
Tabagismo	Não	12	18,5	31	47,7	43	66,2
	Sim	6	9,2	16	24,6	22	33,8
Hipertensão Arterial Sistêmica	Não	11	16,9	30	46,2	41	63,1
	Sim	7	10,8	17	26,2	24	36,9

DISCUSSÃO

As características demográficas em relação ao sexo e a idade do PD se assemelham a outras pesquisas realizadas no Brasil sobre essa temática, nas quais mostram que a maior parte é do sexo masculino, com faixa etária até 45 anos. Justifica-se esse fato devido à prevalência de homens em traumas violentos graves, como ferimentos por arma de fogo ou branca e acidentes de trânsito.⁷⁻⁸

Essas evidências também se apresentam em muitos países, onde homens são mais comumente admitidos em UTI e setores de emergência e apresentam maior possibilidade de receberem suporte mais agressivo que as mulheres, motivo pelo qual possa se justificar o maior número de mulheres como doadores.⁷⁻⁸

Sobre a idade, ressalta-se que pacientes acima de 60 anos frequentemente apresentam maior probabilidade de comorbidades e menos tendência de serem doadores, o que justifica a predominância de PDs com idade até 45 anos. No entanto, sabe-se que a idade biológica do doador importa mais do que a idade cronológica e, por isso, a inspeção direta do órgão durante o procedimento de retirada é fundamental para a decisão de sua utilização no transplante.⁸⁻⁹

Estudos mostram que a idade do PD vem aumentando, possivelmente como resultado do processo de envelhecimento da população brasileira e da flexibilização dos critérios clínicos de inclusão de doadores de órgãos.⁸⁻⁹

Quanto à escolaridade, os resultados do presente estudo estão de acordo com as estatísticas censitárias, as quais mostram que a média de anos de estudo do segmento etário que compreende as pessoas de 25 anos ou mais de idade revela o status de escolaridade de uma sociedade. No Brasil, a média em 2009 era de 7,1 anos de estudo nesta população, o que representa escolaridade abaixo da conclusão do ensino fundamental.¹⁰

A raça dos PDs se assemelha aos dados censitários do Brasil, uma vez que esse documento indica o predomínio da raça parda na Região Nordeste com 62,7% da

população, sendo que este índice é de 59,2% no Estado do Rio Grande do Norte, local onde se realizou esta pesquisa.¹⁰

No tocante à religião, a maior parte dos familiares informou que o PD tinha um credo e a religião católica sobressaiu entre as demais. As estatísticas censitárias brasileiras reforçam esses resultados, pois mostram que 73,6% das pessoas que têm credo afirmam serem católicas.¹⁰

Entende-se que as religiões veem a doação de órgãos como um ato de consequência de processo de desprendimento da matéria, quando o homem adquire consciência da transitoriedade da sua vida material e corporal, e se abre para a possibilidade da vida espiritual.¹⁰ É fundamental um mínimo de compreensão, por parte dos profissionais da saúde, da diversidade cultural e religiosa, condição importante para a prestação de cuidados culturalmente sensíveis.¹¹

Para enfermagem, é fundamental a visão holística na assistência e o conhecimento de fatores culturais que orientam a prática em saúde para uma abordagem adequada no momento de acolher as decisões de pacientes e família.¹¹

Quanto ao estado civil, os solteiros apresentaram maior frequência entre os PDs, com similaridade a outros estudos de mesma temática.^{10,12} Observou-se também que a maioria dos PDs tinham ocupação, o que reflete a criação de novos postos de trabalho criados nos últimos anos, impulsionada pelo crescimento econômico.^{10,12}

No que se refere à renda familiar do PD, esta se situou na faixa de um a três salários mínimos. Salienta-se que a renda adquirida pela família define, basicamente, suas possibilidades de aquisição de bens e serviços. Nessa medida, a renda familiar per capita consiste em indicador eficaz para caracterizar o perfil socioeconômico das famílias brasileiras.¹⁰ Em 2009, segundo dados estatísticos, 29% das famílias nordestinas viviam com renda de até um salário mínimo. Portanto, esses índices reforçam os achados desta pesquisa.¹⁰

No tocante a procedência, observou-se que o maior número de PDs procediam dos dez municípios que compõem a região metropolitana de Natal. No entanto, havia número expressivo (47,7%) de PDs que vieram encaminhados do interior do Rio Grande do Norte.

Tal fato ocorre devido à falta de estrutura dos serviços de saúde das cidades do interior, que não oferecem nem os exames para o diagnóstico oficial das doenças, muito menos os tratamentos, drama vivido por milhares de brasileiros, dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS) que moram nos interiores dos estados.¹³

Observou-se também que a maior parte dos PDs internaram-se em hospitais públicos e em leitos de UTI. Isso ocorreu porque cerca de 80% da população brasileira depende dos serviços públicos de saúde e o maior número de leitos de UTI se encontra nesses hospitais. Além disso, nessas unidades se encontram a maioria dos pacientes com quadro geral grave, dependentes de cuidados intensivos.¹³

Entretanto, há percentual expressivo de internação de PDs em setor de emergência. Esse fato ocorreu devido ao número insuficiente de leitos de UTI no Estado do Rio Grande do Norte, situação semelhante à que ocorre na maioria dos estados brasileiros, onde os serviços de emergência perderam sua característica de atendimento inicial, e atualmente se comportam como unidades superlotadas de pacientes que permanecem por dias e até semanas em macas hospitalares a espera de vaga em enfermaria ou mesmo na UTI.¹³

Sobre o diagnóstico médico, os achados desse estudo se assemelham a outras pesquisas realizadas no Brasil, as quais mostram que nos últimos anos ocorreram diversas transformações nos padrões demográficos e epidemiológicos do país, com modificação das causas de óbitos da população.^{12,14} Atualmente, as doenças do aparelho circulatório constituem o principal grupo de causas de mortes no Brasil seguidas, no caso dos homens, pelas causas externas (acidentes e violências).^{12,14}

Sobre o desejo do PD em ser doador ou não manifestado em vida, observou-se que a maioria que revelarem esse desejo os familiares o mantiveram. Mas tiveram aqueles que

mesmo com manifesto positivo ou contrário à doação, os familiares não respeitaram suas opções. Esses resultados vão de encontro com a Lei nº 10.211/2001 na qual afirma que a captação de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à comprovação da morte.¹⁵

Portanto, sabe-se que apesar dos familiares se responsabilizarem pelos despojos do falecido, estudos mostram que o motivo mais frequente para a não autorização familiar para a doação deve-se ao desconhecimento do desejo do PD.^{1,16}

As doenças e fatores de risco mais frequente encontradas nos PDs incluíram a HAS, o tabagismo e o etilismo. Considera-se a HAS como doença mais comum do sistema cardiovascular, tendo como principais complicações o AVE e o infarto agudo do miocárdio, além de doença renal crônica terminal.^{2,17}

No Brasil existem cerca de 17 milhões de portadores de HAS e isso representa 35% da população com idade acima de 40 anos. Há tendência de crescimento dessa doença, pois seu aparecimento está cada vez mais precoce. No caso da doação de órgãos, consideram-se a HAS e o DM como contraindicações relativas.^{2,17}

Quanto ao tabagismo, este se relaciona a mais de 50 doenças, sendo responsável por 90% das mortes por câncer de pulmão, 85% de bronquite e enfisema, 30% de câncer de boca, 25% de doenças cardíacas e 25% das mortes por Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVEh).^{9,18-19} Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), todo ano cinco milhões de pessoas morrem no mundo por causa do cigarro. E, em 20 anos, esse número chegará a dez milhões se o consumo de produtos como cigarros, charutos e cachimbos continuar a aumentar.^{9,18-19}

Com relação à doação de órgãos, considera-se o tabagismo como fator limitante para a doação e o transplante de coração e pulmão, devido aos danos que o fumo causa a esses órgãos.^{9,18-19}

Sobre o etilismo, este tem sido responsável por grande número de acidentes de trânsito e de trabalho, violência doméstica e aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares, cirrose hepática, AVEs e distúrbios psiquiátricos. Para o transplante de fígado necessita-se que o doador não tenha histórico de uso de álcool.^{9,20}

Ressalta-se que em decorrência do número insuficiente de doadores considerados ideais, ou seja, pessoas jovens e híidas, alguns centros transplantadores começaram a utilizar, em função da necessidade, órgãos de doadores limitrofes ou com critérios expandidos.⁹ Entretanto, por serem esses doadores portadores de doenças agudas ou crônicas e com idade limite, deve-se sempre esclarecer os riscos ao receptor que deverá assinar o termo de responsabilidade e a equipe transplantadora deve avaliar criteriosamente o custo-benefício a curto e longo prazo para o receptor.⁹

CONCLUSÃO

Quanto à efetividade da doação, predominaram os não doadores. Sobre o perfil sociodemográfico, verificou-se prevalência do sexo masculino, no entanto, quando se relacionou essa variável com a efetividade da doação o sexo feminino foi mais frequente nos doadores.

Prevaleceu a faixa etária até 45 anos, com ensino fundamental, raça parda, com um credo, solteiros/viúvos/divorciados, em exercício de atividade profissional, com renda familiar de até três salários mínimos e residentes na região metropolitana.

No perfil clínico e de hospitalização, observa-se que a maior parte dos PDs internaram-se em hospitais públicos, na UTI, com diagnóstico de AVE e os familiares desconheciam o seu desejo quanto à doação. Entretanto, aqueles que manifestaram o desejo em vida, a maioria dos familiares respeitaram essa vontade.

Nas doenças preexistentes, predominou a hipertensão arterial sistêmica, principalmente, naqueles que não foram doadores.

Ressalta-se, desse modo, que o conhecimento do perfil dos PDs garantirá maior envolvimento entre os profissionais e familiares com reflexos na qualidade dos cuidados e no número de doações de órgãos e tecidos. Este estudo oferece subsídios para novas estratégias de aumento da efetividade das doações, que depende de uma rede de movimento ajustada e sistematizada na perspectiva legal e operacional para lograr êxito e maximizar o aproveitamento dos PDs nos hospitais.

Destaca-se como fato relevante a disponibilidade de todos os familiares dos PDs e de alguns profissionais em permitir que se fizesse as observações sem quaisquer objeções ou restrições.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.480, de 08 de agosto de 1997. Critérios para diagnóstico de morte encefálica. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 1997.
2. Guetti NR, Marques IR. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. Rev Bras Enferm [Internet]. 2008 [acesso em 2013 jul 5];61(1):91-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/14.pdf>.
3. Wijdicks EFM, Varelas PN, Gronseth GS, Greer DM. Evidence-based guideline update: determining brain death in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2010;74(23):1911-8.
4. Morato EG. Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização. Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2009 [acesso em 2013 jul 5];19(3):227-36. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/view/164/147>.
5. Correa Neto Y. Morte encefálica: cinquenta anos além do coma profundo. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2010;10 Supl 2:S355-61.
6. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Brasília (DF); 1997.
7. 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. J Bras Transpl [Internet]. 2009 [acesso em 2013 jul 20];12(2):1109-12. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/JBT/2009/2.pdf>.
8. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Registro Brasileiro de Transplantes. São Paulo; 2012. (a fonte por acaso do registro é internet? Se for, é necessário mudar a referência.)
9. Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos [Internet]. Pereira AW, Fernandes RC, Soler RC, coordenadores. São Paulo: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos; 2009 [acesso em 2013 jul 20]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/pdf/livro.pdf>.
10. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro: MPOG/IBGE; 2010. (Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica; 27).

11. Ferazzo S, Vargas MAO, Mancia JR, Ramos FRS. Crença religiosa e doação de órgãos e tecidos: revisão integrativa da literatura. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2011 [acesso em 2013 jul 19];1(3):449-60. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2790/2410>.
12. Moraes EL, Silva LBB, Moraes TC, Paixão NCS, Izumi NMS, Guarino AJ. O perfil de potenciais doadores de órgãos e tecidos. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2009 [acesso em 2013 jul 23];17(5):716-20. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/pt_19.pdf.
13. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009 [acesso em 2013 jul 23];25(7):1439-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/02.pdf>.
14. Noronha MGO, Seter GB, Perini LD, Salles FMO, Nogara MAS. Estudo do perfil dos doadores elegíveis de órgãos e tecidos e motivos da não doação no Hospital Santa Isabel em Blumenau, SC. Rev AMRIGS. 2012;56(3):199-203.
15. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 10.211/2001, 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, Brasília (DF); 2001 mar 24. p. 6 (edição extra).
16. Dalbem GG, Caregnato RCA. Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. Texto & Contexto Enferm [Internet]. 2010 [acesso em 2013 jul 23];19(4):728-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/16.pdf>.
17. Freitas ICM, Moraes SA. Dependência de álcool e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011 [acesso em 2013 jul 20];27(10):2021-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n10/15.pdf>.
18. Bortoluzzi MC, Kehrig RT, Loguercio AD, Traebert JL. Prevalência e perfil dos usuários de tabaco de população adulta em cidade do Sul do Brasil (Joaçaba, SC). Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2011 [acesso em 2013 jul 23];16(3):1953-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300029>.
19. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Relatório da OMS sobre a epidemia global de tabagismo, 2008: Pacote MPOWE [Internet]. Rio de Janeiro; 2008 fev 29 [acesso em 2013 jul 23]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS_relatorio.pdf.
20. Santos JAT, Oliveira MLF. Implantação de ações para enfrentamento do consumo de drogas na atenção primária à saúde. Cogitare Enferm. 2013;18(1):21-8.

Data de recebimento: 16/10/2013

Data de aceite: 06/01/2014

Contato com autor responsável: Izaura Luzia Silvério Freire

Endereço postal: Rua São João, 1233, Ap. 601, Bloco A, Lagoa Seca, Natal/RN, Brasil. CEP: 59022-390.

E-mail: izaurafreire@hotmail.com