







Caracterização epidemiológica e causas da não doação por potenciais doadores de órgãos em morte encefálica

Epidemiological characterization and causes of non-donation by potential brain-dead organ donors

Caracterización epidemiológica y causas de la no donación de potenciales donantes de órganos en muerte cerebral

Giovanna de Figueiredo Pogodin¹ , Mercy da Costa Souza¹ , Carolina Mariano Pompeo¹ ,
Marcos Antonio Ferreira Júnior¹ , Cacilda Rocha Hildebrand¹ , Maria Lúcia Ivo¹ 

¹Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Brasil

RESUMO

Objetivo: analisar as características epidemiológicas e causas da não efetivação do processo de doação de órgãos e tecidos de potenciais doadores em morte encefálica. **Método:** estudo transversal, com dados secundários do ano de 2019, obtidos de formulários de notificação de morte encefálica de pacientes com idade igual e superior a 18 anos, analisados descritiva e inferencialmente, após aprovação pelo comitê de ética. **Resultados:** notificadas 231 mortes encefálicas, com maior incidência de pessoas do sexo masculino, idade média de 48 anos e notificações dos hospitais públicos. Em Campo Grande, Mato grosso do Sul, observou-se maior número de notificações e o menor tempo entre a notificação e o primeiro exame clínico (RR: 4,01; IC 2,17-7,41; p<0,001). Entre os casos de não doação, 75,8% ocorreram por contraindicação médica e recusa familiar. **Conclusão:** houve predomínio de adultos jovens, não doadores de órgãos, cuja negativa da família deu-se pela vontade de manter o corpo íntegro. **Descritores:** Enfermagem; Morte Encefálica; Seleção do Doador; Obtenção de Tecidos e Órgãos.

ABSTRACT

Objective: to analyze the epidemiological characteristics and causes of non-completion of the organ and tissue donation process from potential brain-dead donors. **Method:** cross-sectional study, with secondary data from 2019, obtained from brain death notification forms of patients aged 18 years and over, analyzed descriptively and inferentially, after approval by the ethics committee. **Results:** 231 brain deaths were reported, with a higher incidence of males, average age of 48 years and notifications from public hospitals. In Campo Grande, Mato grosso do Sul, Brazil, there was a greater number of notifications and a shorter time between notification and the first clinical examination (RR: 4.01; CI 2.17-7.41; p<0.001). Among cases of non-donation, 75.8% occurred due to medical contraindication and family refusal. **Conclusion:** there was a predominance of young adults, non-organ donors, whose family's refusal was due to the desire to keep the body intact. **Descriptors:** Nursing; Brain Death; Donor Selection; Tissue and Organ Procurement.

RESUMEN

Objetivo: analizar las características epidemiológicas y las causas de la no finalización del proceso de donación de órganos y tejidos de potenciales donantes en muerte cerebral. **Método:** estudio transversal, con datos secundarios del año 2019, obtenidos de formularios de notificación de muerte encefálica de pacientes de 18 años y más, analizados de manera descriptiva e inferencial, previa aprobación del comité de ética. **Resultados:** Se reportaron 231 muertes encefálicas, con mayor incidencia de hombres, edad promedio de 48 años y notificaciones de los hospitales públicos. En Campo Grande, Mato grosso do Sul, hubo mayor número de notificaciones y menor tiempo entre la notificación y el primer examen clínico (RR: 4,01; IC 2,17-7,41; p<0,001). Entre los casos de no donación, el 75,8% se produjo por contraindicación médica y negativa familiar. **Conclusión:** hubo predominio de adultos jóvenes, no donantes de órganos, cuya negativa familiar se debió al deseo de mantener el cuerpo íntegro. **Descriptor:** Enfermería; Muerte Encefálica; Selección de Donante; Obtención de Tejidos y Órganos.

INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos e tecidos consiste em uma alternativa terapêutica para diversas doenças crônicas que acometem a população. Esse processo proporciona melhoria na qualidade de vida e a possibilidade de retorno às atividades cotidianas¹.

Desde 1992, a Espanha detém o recorde mundial em valores absolutos e relativos por milhão de população (pmp) de doações de órgãos. Em 1989 atingia menos de 15 pmp e evoluiu para 46,9 pmp no ano de 2017. Tal fato pode estar relacionado com a criação da *Organización Nacional de Transplante (ONT)* e à consolidação do conhecido Modelo Espanhol de Transplantes. Entre as várias medidas adotadas estão o reforço no papel de um coordenador de transplantes e o treinamento da equipe para a entrevista com a família e a comunicação de más notícias².

O presente estudo foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES) - Código de financiamento 001 e da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Brasil (UFMS).

Autora correspondente: Mercy da Costa Souza. E-mail: me.enfmercy@gmail.com

Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editora Associada: Cintia Silva Fassarella

Embora possua números de transplantes mais modestos quando comparados aos países europeus, o Brasil garante reconhecimento internacional por dispor do maior sistema público de transplantes e doações de órgãos, onde quase 100% dos procedimentos são realizados com recursos públicos pelo Sistema Único de Saúde (SUS)³.

No país, mesmo com a grandeza do acesso ao sistema de transplante, a existência de uma lacuna expressiva neste processo no âmbito de doações efetivas está presente em dados nacionais, com uma importante discrepância entre as regiões e estado.

As regiões Sul e Sudeste do país se destacam por suas taxas elevadas. Em 2019, essas localidades atingiram marcas de doadores efetivos de 36,1 e 19,7 pmp, respectivamente. Tais dados se relacionam com o fato destas regiões possuírem centros aptos a realizar todos os tipos de transplantes⁴.

A região Centro-Oeste atingiu a taxa de doadores efetivos de 11,1 pmp, à frente apenas da região Norte, que dispõe do menor índice de doadores efetivos em nível nacional, com apenas 3,7 pmp. O estado de Mato Grosso do Sul superou, em 2019, a meta de taxa de doação efetiva estipulada de 11,0 pmp, quando atingiu a taxa de 18,9 doações pmp e passou a ocupar a sétima posição no país⁴.

Nacionalmente, as ações no sentido de amenizar o desequilíbrio crescente entre a oferta e a demanda de órgãos apontam para a necessidade de várias melhorias que culminem no aumento de doadores, prioritariamente relacionadas às atualizações em conhecimento e gerenciamento de cuidados intensivos por critérios neurológicos⁵.

Dessa maneira, todos os pacientes com lesão cerebral grave em ventilação mecânica podem ser avaliados como possíveis doadores. A agilidade na identificação de uma evolução neurológica irreversível e a abertura do protocolo de Morte Encefálica (ME) com brevidade podem contribuir na efetivação clínica da doação⁶.

Porém, para que o paciente se torne um potencial doador (PD), é necessária a confirmação do diagnóstico de ME. Esta, por sua vez, é definida como a perda completa e irreversível das funções encefálicas, cessação das atividades corticais e de tronco encefálico^{5,7}. Deve ser caracterizada e confirmada por meio de exames clínicos e complementares, com respeito à variação de tempo determinada para cada faixa etária⁷.

O decreto nº 9.175 de 2017 da Presidência da República do Brasil regulamenta a lei do transplante e reafirma que a autonomia na decisão da doação pertence ao cônjuge ou parente, obedecida a linha sucessória até segundo grau, maiores de 18 anos, mesmo nos casos em que o PD tenha manifestado em vida o seu desejo de se tornar um doador⁸.

O PD só se tornará um doador elegível (DE) quando houver a confirmação clínica da ME e ocorrer a autorização da família para a retirada dos órgãos e tecidos⁸. Dessa forma, a família é parte fundamental no processo. O acolhimento e a entrevista são considerados as etapas mais complexas da doação de órgãos e tecidos. É o momento em que, após constatada a ME, faz-se necessário comunicar a perda do ente querido e viabilizar informações acerca do processo^{6,9}.

A boa condução desde o início da deterioração neurológica instalada e o encontro da equipe da Organização de Procura de Órgãos (OPO) com o familiar é fundamental para a efetivação da doação de órgãos e tecidos⁹, uma vez que a diminuição do número de DE está estreitamente relacionada à recusa familiar e vários são os motivos que levam a essa decisão¹⁰. Nesse contexto, o sucesso de qualquer processo de doação exige que os possíveis doadores sejam detectados e avaliados precocemente⁵.

Respaldo nestas considerações questiona-se: quais são as características epidemiológicas e clínicas dos pacientes em ME e as causas da não efetivação do processo de doação de órgãos?

O objetivo deste estudo foi analisar as características epidemiológicas e as causas da não efetivação do processo de doação de órgãos e tecidos dos potenciais doadores em ME.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, de abordagem quantitativa e delineamento transversal, realizado a partir de dados secundários. Para estruturação deste relatório observacional foram seguidas as diretrizes da iniciativa *STrengthening the Reporting OBServacional studies in Epidemiology (STROBE) – Cross sectional studies*.

Foram utilizados formulários de notificação de ME enviados para Central Estadual de Transplante de Mato Grosso do Sul (CET/MS), em Campo Grande, capital do estado. Foram coletadas informações enviadas à CET/MS no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2019, e coleta de dados ocorreu nos meses de setembro de 2020 a abril de 2021.

A população do estudo foi constituída pelos PD notificados à CET/MS no período analisado. A amostragem foi censitária com dispensação da necessidade de cálculo amostral, assim todos os formulários encaminhados a CET/MS, cujas aberturas dos protocolos de ME tenham ocorrido no ano de 2019, fizeram parte do estudo. Foram incluídas para análise as fichas de pacientes com idade maior ou igual a 18 anos e diagnóstico confirmado de ME. Foram excluídas fichas de notificação com informações ilegíveis, protocolos inconclusivos e relacionadas a menores de idade.

Para a coleta de dados, foi elaborado um instrumento com uma lista de verificação de acordo com o impresso padronizado pela CET/MS e o formulário de informações sobre o doador descrito no regulamento técnico do Sistema Nacional do Transplante (SNT) do Ministério da Saúde⁶.

As variáveis analisadas foram: perfil sociodemográfico, cidade de origem da notificação e instituição hospitalar, tipo de convênio do atendimento, causas da ME, conclusão do processo, causas da não efetivação do processo de doação, data e hora da comunicação à CET/MS, dos exames iniciais clínicos e complementares, e da parada cardiorrespiratória. Foram considerados como “ignorados” os campos das fichas que estavam sem preenchimento ou ilegíveis.

Os dados obtidos foram tabulados em planilha por meio do *software* Microsoft Office Excel® e a análise estatística foi realizada com uso do *software Statistical Package for Social Sciences - SPSS* – versão 25.0.

As variáveis categóricas foram analisadas de forma descritiva por meio de distribuições de frequências absolutas e relativas, enquanto para as variáveis contínuas foram produzidas medidas de tendência e de dispersão dos dados.

O teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para verificação da normalidade dos dados, e detectada a distribuição não normal, a análise estatística não paramétrica foi aplicada. O teste de qui-quadrado foi utilizado para analisar as variáveis categóricas. O cálculo do risco relativo (RR) com intervalo de confiança (IC) de 95% foi usado para estimar a magnitude das associações. As variáveis contínuas foram analisadas pelos testes U Mann Whitney e Kruskal-Wallis. Para todas as análises o nível de significância adotado foi de 0,05.

O protocolo de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da instituição de ensino.

RESULTADOS

No ano de 2019, a CET/MS recebeu 231 notificações de ME, que totalizou a amostra analisada por esse estudo. Os dados sociodemográficos dos PD estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1: Características sociodemográficas dos potenciais doadores de órgãos e tecidos (n=231). Campo Grande, MS, Brasil, 2019.

Variáveis	n	f(%)
Sexo		
Feminino	114	49,4
Masculino	117	50,6
Estado Civil		
Solteiro	102	44,2
Casado	77	33,3
Outros	52	22,5
Raça		
Pardos	132	57,1
Branco	89	38,5
Pretos	05	2,2
Indígena	04	1,8
Ignorado	01	0,4
Hospital		
Público	194	84
Público-universitário	19	8,2
Particular	18	7,8
Cidade		
Capital	159	68,8
Interior	72	31,2
Desfecho do processo de notificação		
Doador	56	24,2
Não doador por contraindicação médica	95	41,1
Não doador por recusa familiar	80	34,7

A idade média dos pacientes foi de 48 anos ($\pm 20,1$), com prevalência de pessoas do sexo masculino, solteiros, da raça parda, atendidos em hospitais públicos da capital do estado e que concluíram o processo de notificação de ME como não doadores por contraindicação clínica.

A Tabela 2 detalha a distribuição das variáveis sociodemográficas conforme o desfecho do processo de notificação.

Tabela 2: Características sociodemográficas de acordo com a conclusão do processo de notificação (n=231). Campo Grande, MS, Brasil, 2019.

Variáveis	Doador (n=56)		Não doador por contraindicação médica (n=95)		Não doador por Recusa familiar (n=80)		Valor de p*
	n	f(%)	n	f(%)	n	f(%)	
Sexo							
Feminino	29	51,8	44	46,3	41	51,2	0,741
Masculino	27	48,2	51	53,7	39	48,8	
Raça/cor							
Pardos	32	57,1	47	49,4	53	66,3	0,213
Branços	24	42,9	40	42,1	25	31,3	
Pretos	0	0,0	04	4,2	01	1,2	
Indígenas	0	0,0	03	3,2	01	1,2	
Ignorado	0	0,0	01	1,1	0	0,0	
Hospital							
Público	50	89,3	76	80,0	68	85,0	0,131
Público-universitário	02	3,6	13	13,7	04	5,0	
Particular	04	7,1	06	6,3	08	10,0	
Cidade							
Capital	39	69,7	63	66,3	57	71,2	0,773
Interior	17	30,3	32	33,7	23	28,8	

Legenda: *teste Qui-quadrado.

A análise estatística não demonstrou distinção na associação entre as variáveis sociodemográficas e os grupos referentes ao desfecho do processo de notificação.

As causas que levaram a negativa da doação de órgãos e tecidos segundo o desfecho do processo de notificação estão descritas na Tabela 3.

Tabela 3: Causas que levaram a não efetivação do processo de doação por contraindicação médica do paciente e a recusa familiar (n=175). Campo Grande, MS, Brasil, 2019.

Motivos da não efetivação do processo de doação de órgãos e tecidos	Contraindicação			
	Médica (n=95)		Recusa familiar (n=80)	
	n	f(%)	n	f(%)
Choque séptico	14	14,7	-	-
Fora da idade	15	15,8	-	-
Parada cardíaca	14	14,7	-	-
Sorologias reagentes	07	7,4	-	-
Instabilidade hemodinâmica	08	8,4	-	-
Outros motivos	32	33,7	-	-
Mais de um motivo	02	2,1	-	-
Não preenchido ("ignorado")	03	3,2	-	-
Desconhecimento do desejo do potencial doador	-	-	11	13,8
Potencial doador contrário em vida	-	-	18	22,5
Desejo de manutenção do corpo íntegro	-	-	26	32,5
Demora para liberação do corpo	-	-	08	10,0
Mais de um motivo	-	-	11	13,8
Não preenchido ("ignorado")	-	-	06	7,5

Dentre as causas de ME do total das 231 notificações, as de origem vascular foram as mais prevalentes com 60,8% (n=139) dos casos, com 41,0% (n=57) de hemorragia cerebral não especificada, seguidas pelo acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico e isquêmico em 32,4% (n=45) e 21,6% (n=30), respectivamente. As etiologias traumáticas foram responsáveis por 19,9% (n=46) das ME e as causas hipóxicas com 10,4% (n=24), ocorreram em menor frequência os tumores 2,6% (n=6) e causas infecciosas 2,2% (n=5). Outros motivos e campos ignorados no preenchimento das fichas corresponderam a 4,8% (n=11) da amostra.

No que se refere ao tempo entre a notificação à CET/MS e o primeiro exame clínico, o intervalo de uma a seis horas foi o mais prevalente com 59,2% (n=137). Ao analisar o tempo entre a ME e a parada cardiorrespiratória (PCR), embora tenha ocorrido predomínio também do intervalo de uma a seis horas com 55 (n=23,8%), as fichas com os dados não preenchidas, portanto consideradas “ignorados”, foram mais predominantes em 58,4% (n=135).

O tempo transcorrido entre a notificação à CET/MS e a abertura do protocolo de ME com a realização do primeiro exame clínico foi 4,01 vezes maior nos hospitais da capital quando comparado aos municípios do interior (IC 2,17-7,41; $p<0,001$).

O desejo da família de manter o corpo íntegro e o fato informado pelos familiares do PD ser contrário a doação em vida foram as causas mais prevalentes para o desfecho do processo de notificação com negativa da autorização familiar. Ao analisar a contra-indicação médica, o campo “outros motivos” predominou. Desses, 50% corresponderam ao diagnóstico confirmado ou suspeito de neoplasias.

DISCUSSÃO

Os participantes da amostra pesquisada apresentaram uma média de idade de 48 anos, com prevalência de pessoas do sexo masculino e de indivíduos solteiros. A média de idade encontrada neste estudo foi semelhante a outra pesquisa realizada com dados de PD nos anos de 2013 a 2018 que observou predomínio de idade de 42,55 anos¹¹.

Quanto à média nacional, o resultado ficou abaixo da encontrada no país e reportada em um estudo realizado pelo Ministério da Saúde entre 2009 e 2014, que analisou a mortalidade segundo o sexo e faixa etária, neste período notou-se um aumento nas taxas de mortalidade de homens entre 50 e 59 anos¹².

A idade observada foi inferior à encontrada em um estudo realizado em Portugal, que analisou prontuários de PD no período de 2010 a 2015 e verificou uma oscilação da idade média de 50,7 a 57,8 ao longo dos anos, sem tendência linear¹³.

Quanto as causas da ME, diversas doenças podem evoluir para esse desfecho. Entretanto, as de origem cardiovascular são as principais responsáveis pela morte de adultos no país. Um estudo brasileiro realizado em 2019 apontou o AVC como a segunda maior causa desse grupo de doenças. Foi encontrado um número expressivo de óbitos por este agravo, com total de 73.290 óbitos e maior evidência a partir dos 45 anos¹⁴. Esses dados corroboram com os achados deste estudo em que o AVC foi a principal causa de ME quando considerada a idade média dos PD.

Quanto à rede de assistência à saúde a pública e/ou privada, foi observado que os hospitais públicos são responsáveis pelo número maior de doadores. A ocorrência deste evento pode ser justificada pelo fato de o Brasil possuir o maior sistema público de transplantes de órgãos e tecidos a nível mundial¹⁵.

Justifica-se o maior desfecho de doação no sistema de saúde pública em função da maior e consolidada estrutura do SNT, que coordena as centrais de notificação, captação e doação de órgãos, além de ser responsável por integrar secretarias de saúde das esferas estaduais e municipais e proporcionar uma logística adequada para atuar de forma ágil durante todo o processo de notificação e doação em qualquer instituição do país^{16,17}.

Quanto às instituições presentes no estudo, pode-se observar uma diferença acentuada de conversão das 231 notificações de ME em doador elegível, com 92,9% centradas nas instituições públicas, nos hospitais municipais, estaduais e federais.

Embora os hospitais universitários de ensino tenham sido responsáveis por apenas 3,6% do total de notificações, esses assumem papel fundamental como centros de formação de recursos humanos na área da saúde e de desenvolvimento tecnológico, prestam a sociedade a assistência direta ao indivíduo que vai além de atualização técnica dos profissionais de toda rede¹⁸. Nesse sentido, é possível apresentar à sociedade profissionais capacitados e atualizados sobre o tema do estudo, para somar a favor das investidas do sistema de saúde pública a alcançar padrões de eficiência, como observado em um estudo realizado na Espanha, entre dois centros espanhóis de saúde, sendo um deles um hospital universitário. A taxa real de doação de 101 ME confirmadas não diferiu entre os dois hospitais, com 33% para as duas instituições¹⁹.

O treinamento e a experiência dos profissionais envolvidos nesse tipo de assistência são critérios acentuados para um resultado positivo, fato este implementado no modelo espanhol². Assim, é importante que as instituições de ensino e pesquisa sejam disseminadoras de conhecimento acerca de todo o processo de doação de órgãos e tecidos, assim como formação de profissionais de saúde mais críticos, reflexivos e resolutivos em suas práticas assistenciais, em especial nesta linha de atuação¹⁹.

Quanto ao processo gerencial da doação de órgãos e tecidos, foi observado que a notificação da CET/MS e o primeiro exame clínico em sua grande maioria ocorreu em até seis horas. A importância de notificar o PD precocemente consta em legislação nacional vigente e determina que a notificação deve ser feita em caráter urgente e obrigatório^{7,8}.

As ações de organização, coordenação e regulação das atividades de doação e transplante junto ao SNT devem ser realizadas em tempo hábil para que seja garantido o cuidado clínico do PD prematuramente, com o objetivo da estabilização hemodinâmica. Essas ações têm impacto relevante na preservação da qualidade dos órgãos e no aumento das chances de doações efetivas e oferta de órgãos e tecidos para transplantados²⁰.

A dificuldade relacionada às notificações das regiões mais distantes da capital do estado envolvido pode se explicar na distribuição extremamente ampla dos municípios. O estado de Mato Grosso do Sul possui uma grande extensão e conta, atualmente, com duas OPO para atender todo o território. Além disso, esta dificuldade pode ser agravada com a disponibilidade de menores recursos relacionados aos equipamentos necessários e às equipes ainda insuficientes e inexperientes, que impacta na dinâmica e logística de todo o processo de doação de órgãos e tecidos^{20,21}.

O tempo entre a confirmação da ME e a PCR corresponde ao tempo em que o PD ficou aos cuidados da equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ou seja, é realizada a manutenção do PD, cujo objetivo é assegurar as funções orgânicas estáveis e os órgãos aptos ao transplante^{22,23}. Nesse estudo a inexistência de registros do tempo entre a confirmação da ME e a PCR ficou próximo a 60% da amostra das fichas analisadas.

Quanto ao aspecto clínico de manutenção do PD, afirma-se que o tempo seja o fator determinante para o sucesso e interferência direta na qualidade dos enxertos e conseqüentemente a efetivação do transplante de órgãos e tecidos, bem como na avaliação desse processo institucionalmente^{21,23}. Isto posto, pode-se estar associado à dificuldade de os profissionais médicos determinarem o horário legal do óbito, resultado encontrado em um estudo que objetivou avaliar o conhecimento de 90 médicos atuantes em UTI sobre ME²⁴. Dado relevante, uma vez que os programas de doação bem-sucedidos dependem fundamentalmente da identificação, encaminhamento e avaliação oportuna de todos os possíveis doadores²⁵.

Nesse estudo, mais de 75% dos casos foram definidos como não doador e foi observado que a contraindicação médica foi superior a familiar. Dentre os registros clínicos médicos, foram identificados àqueles que evoluíram com PCR, protocolos inconclusivos e demais contraindicações, em especial as neoplasias, que representaram números elevados.

Destaca-se que o câncer está entre as quatro principais causas de morte que ocorrem antes dos 70 anos no mundo. Sua incidência e mortalidade estão em ascensão, dentre os vários fatores para este aumento estão o envelhecimento e a prevalência de fatores de risco, especialmente àqueles associados aos hábitos de vida²⁶.

A porcentagem encontrada de recusa familiar do PD assemelha-se com os dados nacionais. Em 2020, a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) registrou 69% de PD que não concretizaram a doação, 37% desses por recusa familiar²⁷. Tais dados reafirmam os elevados índices de negativa da família e a literatura científica aponta que este cenário pode ser reflexo da falta de compreensão dos familiares acerca do processo de ME que, por sua vez, questiona a morte frente aos batimentos cardíacos e a respiração presente, mesmo sob efeito de suporte clínico²⁸.

Ao ser dada a informação sobre a ME ao familiar, inicia-se um caminho permeado de dilemas, medos, anseios e dúvidas, somado ao conhecimento limitado e ou inexistente referente à falência cerebral, bem como o desconhecimento da vontade do possível doador²⁹.

Nesse contexto, é importante dissociar a comunicação do óbito da possível doação de órgãos e tecidos que, por sua vez, nunca deve ser apresentada ao familiar até que este entenda e aceite a inevitabilidade de sua perda³⁰.

Portanto, solicitar a doação de órgãos e tecidos de pessoa falecida não é uma tarefa fácil para o profissional e muito menos para a família. Dentre os fatores que compõem a dificuldade de comunicação está o despreparo dos profissionais na comunicação de más notícias e os diferentes entendimentos sociais que permeiam este campo do tratamento em saúde²⁹.

Alguns itens devem ser pontuados no momento da entrevista, como o ambiente, o turno, a escolaridade e o grau de parentesco. Um estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul observou que as entrevistas realizadas nos períodos diurnos foram mais favoráveis ao aceite, assim como familiares com escolaridade de nível superior e grau de parentesco descendente e lateral³¹.

Ainda sobre a recusa familiar, estudos internacionais enfatizam que a presença da família na UTI durante o protocolo de confirmação de ME auxilia na compreensão acerca do processo³².

Ao considerar a complexidade do procedimento, que vai além de aspectos técnicos, é importante que as políticas públicas voltadas para a capacitação das equipes não se restrinjam apenas ao método de diagnóstico e doação de órgãos e tecidos, mas também oriente esses profissionais a entenderem os significados de vida ou morte do indivíduo e a sua repercussão na abordagem a família³³.

Na atuação sensível dos profissionais da saúde junto à família para auxiliar a aceitação da ME e a compreensão da possibilidade e dos benefícios da doação de órgãos e tecidos, destaca-se prioritariamente o papel da equipe de enfermagem, que vai além do conhecimento técnico e científico, pois envolve a família do PD e a possível doação³⁴. No

contexto em que os profissionais de enfermagem estão presentes do início da hospitalização até a fase mais crítica e na finitude da vida, a atuação deste profissional pode impactar positivamente neste processo que se inicia com o acolhimento e a escuta sensível e qualificada a este familiar.

O estreitamento de relações entre o profissional da enfermagem e a família pode fazer com que o vínculo criado desperte uma relação de confiança e assim as informações repassadas pela equipe de saúde tendem a ser melhor compreendidas pelos familiares²⁶.

Neste sentido, o enfermeiro é o ator principal no gerenciamento e na assistência ao PD e à família, com conhecimento, habilidade e experiência que assume em sua grande totalidade a organização das ações que emergem em cada etapa do processo de doação e proporciona um processo seguro e de qualidade³⁵.

Limitações do Estudo

O tema é de grande relevância, entretanto, apresenta limitação temporal de dados restritos ao ano de 2019, uma vez que coleta dos dados se deu em um período pandêmico, com dificuldade de acesso aos locais de arquivo das fichas decorrente das medidas de biossegurança. Além disso, a utilização de dados de fontes secundárias também foi considerada uma limitação, pois foram encontrados registros de baixa qualidade e informações incompletas, que foram tratadas para somar ao perfil epidemiológico do estudo.

CONCLUSÃO

Foi possível concluir que o perfil sociodemográfico dos PD no estado de MS no ano de 2019 não influenciou na efetivação da doação de órgãos e tecidos. A idade média dos pacientes foi de 48 anos, com prevalência de pessoas do sexo masculino, solteiros, da raça parda, atendidos em hospitais públicos da capital do estado, e que concluíram o processo de notificação de ME como não doadores por recusa médica. Ao considerar o local de atendimento, a capital do estado apresentou um tempo menor entre a notificação e o primeiro exame clínico.

Quanto ao desfecho deste processo, em apenas um ano foi observado um alto índice de não efetivação, com aproximadamente 80% dos casos e destaque para a recusa familiar, achados que podem sofrer melhorias com novas e atuais abordagens políticas sobre a temática em estudo.

REFERÊNCIAS

1. Gois RS, Galdino MJ, Pissinati PDS, Pimentel RR, Carvalho MD, Haddad MD. Effectiveness of the organ donation process. *Acta Paul Enferm.* 2017 [cited 2021 Dec 28]; 30(6):621-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700089>.
2. Coelho GH, Bonella AE. Doação de órgãos e tecidos humanos: a transplantação na Espanha e no Brasil. *Rev bioét.* 2019 [cited 2021 Dec 28]; 27(3):419-48. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273325>.
3. Pedro SA, Araújo PH, Bicalho JA, Alves SS, Magalhães BA, Lemos LD, et al. Analysis of the epidemiological profile of patients submitted to corneal transplantation in the Espírito Santo. *Rev Bras Oftalmol.* 2020 [cited 2021 Dec 28]; 79(6):370-3. DOI: <https://doi.org/10.5935/0034-7280.20200081>.
4. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) Registro brasileiro de transplantes-RBT. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2013-2019). São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos; 2019 [cited 2021 Dec 28]. Available from: <http://www.abto.org.br>.
5. Patel MS, De La Cruz S, Sally MB, Groat T, Malinoski DJ. Active Donor Management During the Hospital Phase of Care Is Associated with More Organs Transplanted per Donor. *J Am Coll Surg.* 2017 [cited 2022 Apr 29]; 225(4):525-31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2017.06.014>.
6. Resnick S, Seamon MJ, Holena D, Pascual J, Reilly PM, Martin ND. Early declaration of death by neurologic criteria results in greater organ donor potential. *J Surg Res.* 2017 [cited 2022 Apr 29]; 218:29-34. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2017.05.032>.
7. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.173/2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. *Diário Oficial da União.* 2017 [cited 2021 Dec 28]. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173>.
8. Brasil. Decreto nº 9175/2017. 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 tratamento. Brasília (DF): Diário Oficial da União. 2017 [cited 2021 Dec 28]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9175.htm.
9. Knhis ND, Martins SR, Magalhães AL, Ramos SF, Sell CT, Koerich C, et al. Family interview for organ and tissue donation: good practice assumptions. *Rev Bras Enferm.* 2021 [cited 2021 Dec 28]; 74(2):e20190206. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0206>.
10. Rossato GC, Girardon-Perlini NMO, Begnini D, Beuter M, Camponogara S, Flores CL. Donate or not to donate: the view of the family before the organ donation. *REME Rev Min Enferm.* 2017 [cited 2021 Dec 28]; 21:e-1056. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170066>.
11. Bertasi RA, Bertasi TG, Reigada CP, Ricetto E, Bonfim K, Santos LA, et al. Profile of potential organ donors and factors related to donation and non- donation of organs in an Organ Procurement Service. *Rev Col Bras Cir.* 2019 [cited 2021 Jan 30]; 46(3):e201922180. DOI: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-201922180>.
12. Ministério da Saúde (BR). Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [cited 2022 Jan 24]. Available from: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perfil_morbimortalidade_masculina_brasil.pdf.

13. Eira CS, Barros MI, Albuquerque AM. Organ donation: the reality of an intensive care unit in Portugal. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*. 2018 [cited 2022 Jan 24]; 30(2):201-7. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20180040>.
14. Lobo PG, Zanon VB, Lara D, Freire VB, Nozawa CA, Andrade JV, et al. Epidemiologia do acidente vascular cerebral isquêmico no Brasil no ano de 2019, uma análise sob a perspectiva da faixa etária Brazi. *J. Health Rev*. 2021 [cited 2022 Jan 24]; 4(1):3498-505. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-272>.
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Especializada a Saude. Transplantes e Doação de órgãos. Brasília (DF); [cited 2021 Dec 28]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/snt/transplantes>.
16. Brasil. Portaria nº 2601/2009. Institui, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, o Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos - OPO. *Diário Oficial da União*. Brasília (DF). 2009 [cited 2022 Jan 7]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2601_21_10_2009.
17. Ministério da Saúde (BR). Sistema Nacional de Transplantes. Brasília (DF). 2017 [cited 2021 Dec 28] Available from: <https://www.gov.br/secretariageral/pt-br/noticias/2017/outubro/sistema-nacional-de-transplantes>.
18. Araújo KM, Leta J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. *Hist Cienc Saude*. 2014 [cited 2021 Dec 28]; 21(4):1261-81. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014005000022>.
19. Martínez-Soba F, Pérez-Villares JM, Martínez-Camarero L, Lara R, Monzón JL, Fernández-Carmona, et al. Intensive care to facilitate organ donation: a report on the experience of 2 Spanish centers with a common protocol. *Transplantation*. 2019 [cited 2021 Dec 28]; 103(3):558-64. DOI: <https://doi.org/10.1097/tp.0000000000002294>.
20. Wagner LS, Souza RL & Magajewski FR. New procedures for the confirmation of brain death in Brazil: results from the Central Estadual de Transplantes de Santa Catarina. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2021 [cited 2021 Dec 28]; 33(2):290-7. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210037>.
21. Fonseca BS, Souza VS, Batista TO, Silva GS, Spigolon DN, Derenzo N, et al. Strategies for hemodynamic maintenance of potential brain-dead donor: integrative review. *Einstein (São Paulo)*. 2021 [cited 2022 Jan 7]; 19:eRW5630. DOI: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021RW5630.
22. Silva NO, Santos AT, Fonseca NH, Figueiredo A S, Marinho BB, Bonifácio FAN, et al. Manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos: atuação do profissional enfermeiro. *Braz. J. Health Rev*. 2020 Sep 16 [cited 2022 Jan 26]; 3(5):12519-34. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-094>.
23. Westphal GA, Robinson CC, Cavalcanti AB, Gonçalves ARR, Guterres CM, Cassiano Teixeira, et al. Brazilian guidelines for the management of brain-dead potential organ donors. The task force of the AMIB, ABTO, BRICNet, and the General Coordination of the National Transplant System. *Ann. Intensive Care*. 2020 [cited 2021 Jan 10]; 10(169):2-15. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00787-0>.
24. Magalhães JV, Veras KN, Mendes CM. Avaliação do conhecimento de médicos intensivistas de Teresina sobre morte encefálica. *Revista Bioética*. 2016 [cited 2021 Dez 1]; 24(1):156-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241117>.
25. Domínguez-Gil B, Murphy P, Procaccio F. Ten changes that could improve organ donation in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*. 2016 [cited 2022 Feb 1]; 42(2):264-7. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-015-3833-y>.
26. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [cited 2021 Dec 28]. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>.
27. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. RBT - registro brasileiro de transplantes. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2013-2020). 2020 [cited 2021 Dec 28]. Available from: <https://site.abto.org.br>.
28. Correia WLB, Alencar SRM, Coutinho DTR, Gondim MM, Almeida PC, Freitas MC. Potencial doador cadáver: causas da não doação de órgãos. *Enferm Foco*. 2021 [cited 2022 Feb 1]; 9(3):30-4. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n3.1150>.
29. Calsavara VJ, Scorsolini-Comin F, Corsi CA. A comunicação de más notícias em saúde: aproximações com a abordagem centrada na pessoa. *Rev abordagem gestalt*. 2019 [cited 2022 Apr 30]; 25(1): 92-102. DOI: <http://dx.doi.org/10.18065/RAG.2019v25.9>.
30. Amazonas MA, Santos JS, Araujo JC, Souza AT, Coelho MB, Santos JP, et al. Doação de órgãos: dilemas dos familiares na doação de órgãos. *REAS*. 13(1):e5871 [cited 2021 Apr 28]. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e5871.2021>.
31. Santos JI, Santos AD, Lira GG, Moura LT. Percepção de familiares sobre a doação de órgãos e tecidos. *Rev enferm UFPE on line*. 2019 [cited 2021 Dec 28]; 13(3):578-86. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a236473p578-586-2019>.
32. Klug D, Losekann MV, Cuadra JL, Bittencourt HR, Jotz GP. Analysis of factors associated with family decision on corneal donation. *Rev. Bras. Oftalmol*. 2020 [cited 2022 Apr 30]; 79(5):296-301. DOI: <https://doi.org/10.5935/0034-7280.20200064>.
33. Doran M, Black P. Seeing for themselves - healthcare professionals' views about the presence of family members during brainstem death testing. *J Clin Nurs*. 2017 [cited 2021 Apr 28]; 26(11-12):1597-607. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.13488>.
34. Aredes JS, Firmo JO, Giacomini KC. A morte que salva vidas: complexidade do cuidado médico ao paciente com suspeita de morte encefálica. *Cad Saude Publica*. 2018 [cited 2021 Apr 28]; 34(11):e00061718. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00061718>.
35. Knihns NS, Santos AC, Magalhães AP, Barbosa SF, Schuantes-Paim SM, Santos J. Management of nurse care in the organ and tissue donation process. *Texto Contexto - Enferm*. 2020 [cited 2022 Jan 27]; 29:e20180445. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0445>.

Contribuições dos autores:

Concepção, G.F. P e M.C.S.; metodológica, G.F. P e M.C.S.; software, G.F. P e M.C.S.; validação, G.F. P e M.C.S.; análise formal, G.F.P.; M.C.S.; C.M.P.; investigação, G.F. P e M.C.S.; obtenção de recursos, M.A.F.J.; curadoria de dados, G.F.P.; M.C.S.; C.M.P.; redação - preparação do manuscrito, G.F.P.; M.C.S.; C.M.P.; M.A.F.J.; C.R.H.; M.L.I.; redação - revisão e edição, G.F.P.; M.C.S.; C.M.P.; M.A.F.J.; C.R.H.; M.L.I.; visualização, G.F.P.; M.C.S.; C.M.P.; supervisão, G.F.P.; M.C.S.; C.M.P.; M.A.F.J.; administração do projeto G.F.P.; M.C.S.; C.M.P.; M.A.F.J.; aquisição de Financiamento, M.A.F.J. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão publicada do manuscrito.