

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS

Resumo

Este estudo, de revisão bibliográfica, objetivou tecer considerações teóricas relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos para transplante no Brasil. A fonte de informação foi composta por publicações relevantes da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos, bem como artigos encontrados em bases de dados latino e americanas, além da legislação vigente. O aumento da taxa de doação depende de um olhar amplo e sistemático acerca das questões técnicas e legais inerentes ao processo de doação. Para o fortalecimento desse processo recomenda-se incorporar a abordagem social e a perspectiva ética, baseadas no entendimento técnico e legal e no respeito ao direito de autonomia dos potenciais doadores e seus familiares. As ações que asseguram um manejo ético-legal pressupõem compromisso com a qualidade e segurança do processo de doação, que deve ser rigorosamente perseguida pelos profissionais nesse contexto.

Descritores: Obtenção de Tecidos e Órgãos, Transplante de Órgãos e Tecidos.

Abstract

Donation of organs and tissues for transplantation: theoretical contributions

This study, a literature review, aimed to build theoretical considerations associated with the process of organ and tissue donation and transplantation in Brazil. The data of information was composed of relevant publications of the Brazilian Association of Organ Transplant, as well as articles published in Latin American and American databases, in addition to the current legislation. Increasing the donation rate depends on a broad and systematic view about the technical and legal issues related to the donation process. In order to strengthen this process, it is recommended to incorporate the social approach and the ethical perspective, based on the technical and legal understanding and respect for the right of autonomy of potential donors and their families. The actions that ensure ethical-legal management presuppose commitment to the quality and safety of the donation process, which must be rigorously pursued by the professionals in that context.

Descriptors: Obtaining Tissues and Organs, Transplantation of Organs and Tissues.

Resumen

Donación de órganos y tejidos para trasplante: contribuciones teóricas

Este estudio, de revisión bibliográfica, pretende hacer consideraciones teóricas relacionadas con el proceso de donación de órganos y tejidos para trasplante en Brasil. La fuente de información fue conformada por las publicaciones de la Asociación Brasileña de trasplante de Órgano, así como artículos encontrados en bases de datos de latinos y americanos, además de la legislación vigente. El aumento en la tasa de donación depende de una mirada amplia y sistemática sobre los temas técnicos y jurídicos inherentes en el proceso de donación. Para el fortalecimiento de este proceso se recomienda incorporar el enfoque de la perspectiva ética y social, basado en técnicas y jurídicas entendiendo y respetando el derecho de autonomía de posibles donantes y sus familias. Las acciones que aseguren un manejo ético-legal requiere compromiso con la calidad y la seguridad del proceso de donación, que debe ser perseguido con rigor por los profesionales en este contexto.

Descriptorios: Obtención de Tejidos y Órganos, Trasplante de Órganos y Tejidos.

Maicon de Araujo Nogueira

Enfermeiro. Mestrando, Programa de Pós Graduação Stricto Sensu, Mestrado em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA), Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, Brasil.

E-mail: enfnoqueira@globomail.com

Joana Kátia de Mendonça Flexa

Enfermeira. Universidade Federal do Pará (UFPA). Programa de Pós Graduação Latu Sensu em UTI, Escola Superior da Amazônia (ESAMAZ), Belém, Brasil.

E-mail: joanakatia@gmail.com

Itamar Reis Montelo

Enfermeiro. Faculdade Metropolitana da Amazônia (FAMAZ). Programa de Pós Graduação Latu Sensu em UTI, Escola Superior da Amazônia (ESAMAZ), Belém, Brasil.

E-mail: itamar_montelo@outlook.com.br

Lorena de Souza Lima

Enfermeira. Universidade da Amazônia (UNAMA). Programa de Pós Graduação Latu Sensu em UTI, Escola Superior da Amazônia (ESAMAZ), Belém, Brasil.

E-mail: lorena-s-lima@hotmail.com

Danielle Oliveira Maciel

Enfermeira. Universidade Estadual do Pará (UEPA). Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico da Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, Brasil.

E-mail: oliveira.danimac@gmail.com

Antônia Margareth Moita Sá

Enfermeira, Doutora. Programa de Pós Graduação Stricto Sensu, Mestrado em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA), Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, Brasil.

E-mail: margarethmsa@gmail.com

Submissão: 06/01/2017

Aprovação: 19/04/2017

Introdução

O processo de doação é definido como um conjunto de ações e procedimentos que conseguem converter um Potencial Doador (PD) em um doador efetivo. PD é todo paciente cuja terapêutica orientada para o cérebro foi avaliada como ineficaz ou a morte encefálica (ME) é iminente ou já se estabeleceu. A doação de órgãos também pode ser feita em vida para algum membro da família ou amigo, após avaliação clínica do doador. Nesse caso, a compatibilidade sanguínea e não haver qualquer risco para o doador são primordiais¹.

Transplante é a retirada parcial ou total de uma estrutura corpórea ou órgão e seu implante na mesma pessoa ou em outro indivíduo. É descrito como um procedimento que oportuniza reabilitação e aumento da expectativa de vida, atualmente reconhecido como uma terapêutica eficaz no tratamento de diversas patologias crônicas e incapacitantes².

Os órgãos e tecidos que podem ser retirados em vida são rim, parte do pâncreas, parte do fígado, parte do pulmão, medula óssea e pele. O doador vivo é qualquer pessoa que goze de boa saúde e que concorde com a doação, configurando-se doação intervivos, processo realizado entre parentes até o quarto grau e/ou cônjuges, e em caso de indivíduos não aparentados a lei permite que a doação seja realizada somente com autorização judicial¹.

No Brasil o primeiro transplante com doador cadáver foi um transplante renal e ocorreu em 1964 no Rio de Janeiro. A notificação de PDs se

deu inicialmente de uma maneira pouco estruturada, de modo que na década de 80 os Estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul começaram a organizar tais notificações³. A primeira lei brasileira a regular os transplantes de órgãos foi a lei nº 4.280/1963, que foi revogada pela lei nº 5.479/1968. Essa lei estabelecia o critério do consentimento informado, no qual a decisão sobre a doação pertencia aos familiares do PD⁴.

A obtenção de órgãos e tecidos para transplante no Brasil atualmente é normatizada pela Lei 9.434/97, conhecida como lei dos transplantes, que trata das questões legais relacionadas à remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. O Decreto-lei nº 2.268/97 cria o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) e as Centrais de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) com implantação em todos os Estados do Brasil, descentralizando o processo de doação e transplante e definiu a doação presumida como forma de consentimento⁵.

As CNCDO's ou Centrais Estaduais de Transplantes (CET's) são as unidades executivas das atividades do SNT, responsáveis por coordenar as atividades de transplantes tais como: promover a inscrição de potenciais receptores, com todas as informações necessárias à sua rápida localização e à verificação de compatibilidade para o transplante, classificar os receptores e agrupá-los em ordem estabelecida pela data de inscrição, comunicar ao órgão central do SNT as inscrições e efetuar a organização da lista nacional de receptores, receber notificações

de morte, determinar o encaminhamento e providenciar o transporte de tecidos e órgãos captados ao estabelecimento de saúde autorizado⁵.

Vale salientar que as portarias do Ministério da Saúde (MS) nº 1.262/2006 e 2.600/2009 se referem ao regulamento técnico do sistema de transplante, para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT's)⁶.

No que tange a doação presumida, o cidadão contrário à doação, necessitava registrar a expressão: "Não doador de órgãos e tecidos" em algum documento de identificação, (RG) ou carteira nacional de habilitação (CNH). Nesse entendimento, todo brasileiro que não registrasse essa negativa em vida era considerado um PD. Nesse contexto, a doação presumida não encontrou respaldo na sociedade brasileira e, por isso, posteriormente foi publicada a medida provisória nº 1.718 de 06 de outubro de 1998, que tornou obrigatória a consulta familiar para autorização de doação⁵.

Assim, a lei nº 10.211, publicada em março de 2001, definiu o consentimento informado como forma de manifestação à doação, passando a retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, depender da autorização do cônjuge ou parente maior de idade, obedecida à linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmado em documento

subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte⁷.

Atualmente o transplante de órgãos e tecidos constitui-se como uma alternativa terapêutica segura e eficaz no tratamento de diversas doenças terminais, determinando melhorias na qualidade e na perspectiva de vida da sociedade. Isso se tornou possível devido ao aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, desenvolvimento de imunossuppressores e compreensão imunológica da compatibilidade e rejeição. Nesse ínterim, o transplante de órgãos e tecidos deixou de ser um tratamento experimental e passou a figurar como procedimento extremamente eficaz no controle das insuficiências terminais de alguns órgãos e falência de alguns tecidos⁸.

No primeiro semestre de 2015, no Brasil, pela primeira vez desde 2007, observou-se uma diminuição na taxa de PD's, de doadores efetivos e no número de transplantes de rim, de fígado e de pâncreas, em relação ao ano anterior. A elevada taxa de recusa familiar à doação (44%) persiste como o principal obstáculo para a efetivação da doação na maioria dos Estados, enquanto que em outros persiste a dificuldade na realização dos testes para o diagnóstico de ME⁹.

Atualmente, vivenciamos uma realidade permeada por dificuldades, em especial no que tange ao baixo o número de transplantes realizados no Brasil, mesmo com todos os avanços nesse campo terapêutico⁶.

O Brasil possui hoje um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo, com cerca de 548

estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas a realizar transplantes. O SNT está presente em 25 Estados do país, por meio das CETs. São inegáveis os avanços nesse campo terapêutico, contudo, a desproporção crescente do número de pacientes em lista versus o número de transplantes realizados é um fato inquestionável, em que, dentre os fatores limitantes, estão a não notificação de pacientes com diagnóstico de ME às CNCDO's, apesar de sua obrigatoriedade prevista em lei, assim como a falta de política de educação permanente aos profissionais da saúde quanto ao processo de doação e transplante¹⁰.

A ME é um estado em que ocorre a interrupção do funcionamento encefálico, no qual é reconhecido o fator causal e é considerada irreversível. A Associação Americana de Neurologia (AAN) definiu a ME com base em três sinais cardinais, sendo eles ausência de funções encefálicas, incluindo o tronco cerebral, coma e apneia. Essa situação é condição essencial para a extração post mortem dos órgãos e tecidos¹¹.

A morte por muito tempo foi conceituada por ausência de batimentos cardíacos ou movimentos respiratórios espontâneos. Após anos de estudos, alguns países definiram a ME como à parada total e irreversível do funcionamento de todo o encéfalo, com base em critérios neurológicos, o que possibilita a família decidir pela doação de órgãos e tecidos para fins de transplante¹².

A ME, na maioria das vezes, está associada a causas traumáticas, congênicas ou adquiridas que levam a internações inesperadas. Dessa forma, as famílias ficam expostas à possibilidade de morte

de forma repentina. Além disso, muitos desses pacientes gozam de boa saúde, o que dificulta ainda mais a aceitação da morte pela família e interfere na decisão quanto a uma possível doação¹¹.

A manutenção do PD exige dedicação e competência técnica da equipe assistente, pois, durante o processo de ME, ocorrem uma série de alterações fisiológicas, contribuindo para a instabilidade do paciente. Nesse contexto, embora o transplante de órgãos e tecidos seja uma alternativa terapêutica segura e eficaz, determinando melhorias na qualidade e na perspectiva de vida como mencionado anteriormente, há uma corrida contra o tempo para tornar-se um PD, com toda a instabilidade hemodinâmica que a ME ocasiona no organismo, em um doador efetivo¹².

Para ser doador não é necessário deixar documento por escrito. Cabe aos familiares autorizarem a retirada após a constatação da morte. Contudo, ainda existem dúvidas, mitos e preconceitos quanto ao transplante de órgãos humanos. A doação de órgãos constitui-se tema polêmico e tem despertado interesse e discussões em vários seguimentos da sociedade. A falta de esclarecimento, o noticiário sensacionalista, a ausência de programas permanentes voltados para a sensibilização da população e para o incentivo à captação de órgãos contribuem para dificultar o processo¹⁰.

É descrito que o acolhimento do doente e seus familiares no hospital, o reconhecimento da ME, a adequada entrevista familiar e a

manutenção clínica do PD são fundamentais para a diminuição desta desproporção³.

O preparo da família inicia-se no momento em que o paciente entra no hospital, pois aspectos como a honestidade e o comprometimento da equipe com essa família proporcionarão resultados positivos posteriormente. A entrevista para possível doação é facilitada quando a família percebe a eficácia e o comprometimento da equipe durante o atendimento do paciente¹².

O sucesso da entrevista familiar depende principalmente da predisposição à doação, qualidade do atendimento hospitalar recebido, habilidade e conhecimento do entrevistador. E as condições necessárias para a entrevista familiar são: conhecer as condições do PD e as circunstâncias que cercaram sua morte, conversar com o médico assistente, identificar a melhor pessoa para oferecer a possibilidade da doação, além de ambiente tranquilo e confortável¹³.

Apesar de todo esse esforço, hoje, assim como no início, enfrenta-se a questão da dificuldade de obtenção de órgãos. Questão está, envolta por um emaranhado de outros complicadores⁴. A doação de órgãos encontra-se em pauta tanto de discussões formais entre os profissionais da saúde, quanto de questionamentos da sociedade. Portanto, envolve aspectos legais que respaldem a doação e a atividade do profissional de saúde; envolve aspectos éticos e morais; a necessidade de fazer da doação um assunto de conhecimento público¹⁴.

Entendemos que o tema transplante de órgãos, certamente, tem características que o

diferenciam de qualquer outra questão na saúde. Primeiramente por não se restringir ao relacionamento entre a equipe de saúde e o paciente e seus familiares. Existe a dependência direta de um terceiro elemento, o doador de órgãos. Nesse entendimento, apesar dos transplantes serem baseados em procedimentos técnicos eficazes e com inegáveis avanços tecnológicos, não pode ocorrer sem um doador. Para haver o entendimento do público e a aceitação da doação de órgãos e transplante pela comunidade, é importante salientar que muitas mudanças socioculturais são necessárias.

Objetivo

Consideramos que a doação de órgãos e tecidos para transplante é um processo permeado de valores morais, éticos e religiosos das pessoas, suscitando nos indivíduos reflexões acerca da finitude e na relação com o corpo após a morte. Frente ao exposto, o estudo teve por objetivo tecer considerações teóricas relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos para transplante no Brasil.

Material e Método

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura. A fonte de informação foi composta por publicações relevantes da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), bem como artigos encontrados em bases de dados latino e americanas, além da legislação vigente, para alcançar o objetivo proposto neste estudo.

Os textos encontrados foram lidos, organizados e sintetizados em quatro categorias

temáticas, a saber: Considerações referentes à doação e transplante de órgãos e tecidos humanos, diagnóstico de morte encefálica, escassez de órgãos para transplante e papel do enfermeiro no processo de doação e transplante.

Resultados e Discussão

Considerações referentes à doação e transplante de órgãos e tecidos humanos

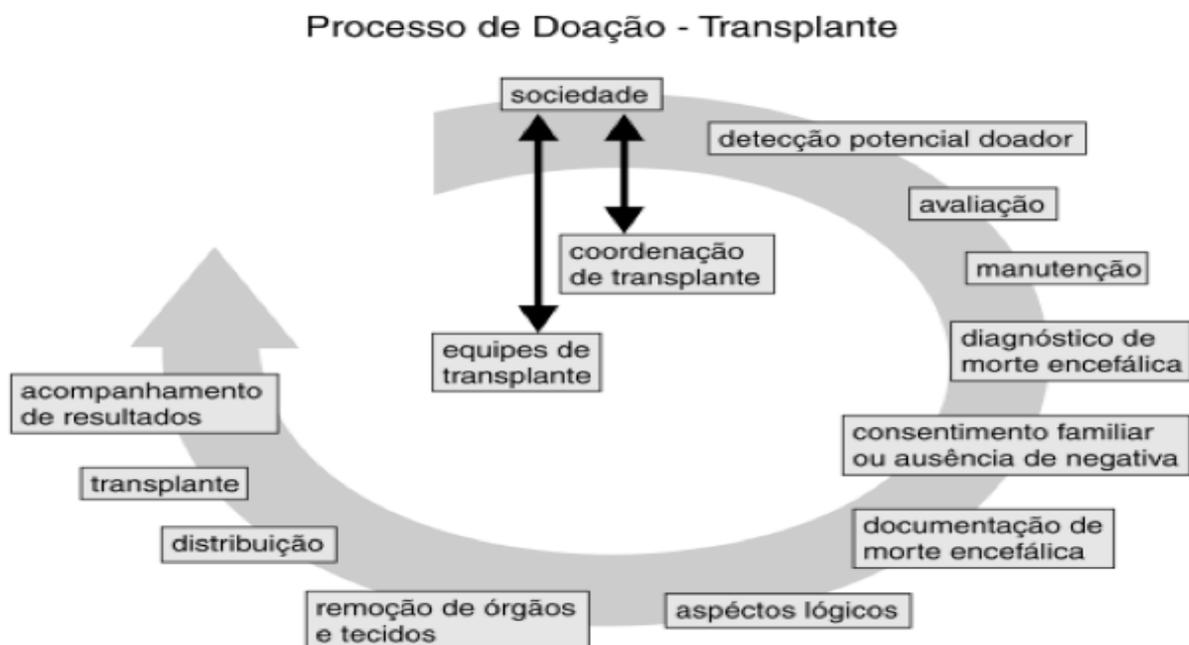
A doação e transplante de órgãos e tecidos humanos são temas polêmicos que têm despertado interesse e discussões em vários seguimentos da sociedade. A falta de esclarecimento, o noticiário sensacionalista sobre tráfico de órgãos, a ausência de programas permanentes voltados para a sensibilização da população e profissionais da saúde e o incentivo à doação de órgãos e tecidos para transplante

contribuem para alimentar dúvidas e arraigar mitos e preconceitos¹⁵.

O sucesso dos transplantes depende da organização e efetiva participação das equipes multiprofissionais em todo o processo de doação; assim, as ações de diagnóstico da ME, notificação e manutenção adequada do PD são indispensáveis para reduzir a mortalidade na lista de espera⁹.

O processo de doação (figura 1) se inicia com o reconhecimento do PD, este reconhecimento deve partir de visitas sistemáticas feitas por profissionais que atuam no serviço de busca de órgãos em sua maioria enfermeiros, nas unidades de internação que possuem a maior possibilidade de notificação de PD, como Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Pronto Socorro¹⁶.

Figura 1: Processo de doação de órgãos e tecidos para transplante no Brasil.



Fonte: Bonfadini, Roisman, Prinz, Sarlo, Rocha, et al (2014)⁵.

Embora se atribua aos médicos e aos enfermeiros a maior parcela de responsabilidade

e autoridade por serem os profissionais responsáveis por todas as fases do processo de

doação, é indispensável a participação de outros profissionais que poderão atuar de forma eventual ou sistemática: fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, psicólogo, assistente social e outros⁶.

Existem dois tipos de doadores de órgãos e tecidos: doadores em vida que se refere ao indivíduo saudável e disposto a doar um dos órgãos pares (Rim) ou parte deles (fígado, pulmão), e os doadores cadáveres ou falecidos. Para ser considerado doador post mortem o indivíduo deverá ser diagnosticado com ME, ou ter tido uma parada cardiorrespiratória (PCR) recente do qual é possível retirar alguns órgãos, em especial, os rins. Ou ainda ter diagnóstico de PCR tardia. Trata-se de um cadáver com parada não recente (até 6 horas) que pode ser doador apenas de tecidos¹⁷.

A ME é definida como a parada total e irreversível da atividade do tronco e hemisférios cerebrais, regulamentada pela resolução nº 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina (CFM), sendo necessários dois exames clínicos neurológicos e um exame gráfico complementar para sua constatação¹⁸.

Considerando que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte da pessoa, nesses casos a função cardiorrespiratória é mantida através de aparelhos e suporte farmacológico para possibilitar a família decidir sobre a doação dos órgãos e tecidos para transplante¹⁹.

É possível classificar os indivíduos em ME quanto à capacidade de doação em dois termos, o possível doador de órgãos, que corresponde ao

indivíduo com injúria neurológica de qualquer natureza (trauma, acidente vascular encefálico, encefalopatia anóxica pós PCR etc) em coma aperceptivo (escore de três pontos na escala de coma de Glasgow), e o potencial doador (PD) de órgãos, que corresponde ao indivíduo com diagnóstico de ME, notificado para uma CET¹.

Diagnóstico de morte encefálica

De acordo com a história, foi em 1959, que uns grupos de neurologistas franceses tiveram a primeira concepção de ME, pela condição clínica que se encontra o encéfalo morto em um corpo vivo, denominado na época de coma dépassé²⁰.

Nos Estados Unidos da América (EUA), em 1981 criou-se após um período de diálogo sobre esse tema, uma comissão presidencial que definiu a morte como a cessação irreversível das funções circulatórias e respiratórias ou a parada irreversível do funcionamento de todo o encéfalo²¹.

A AAN publicou em 1995 uma revisão da literatura médica associada a classificação, baseadas em evidências científicas de mais de 200 artigos sobre ME que possibilitaram a definição dos critérios utilizados atualmente. Nunca se demonstrou ou se relatou um único caso de recuperação de qualquer função cortical e do tronco cerebral após o diagnóstico de ME utilizando os critérios da AAN de 1995²².

No Brasil, o diagnóstico de ME é confirmado por meio de dois exames clínicos e um exame complementar, conforme determina a lei nº 9.434 e a Resolução do CFM nº 1.480/97. O exame clínico deve ser realizado com intervalo de tempo

conforme faixa etária do PD: a) de sete dias a dois meses incompletos, repetir exame a cada 48 horas; b) de dois meses a um ano incompleto, repetir a cada 24 horas; c) de um ano a dois anos incompleto, repetir a cada 12 horas e acima de dois anos, repetir o exame com um intervalo de 6 horas²².

Nesse contexto, diante de um indivíduo em ME, é possibilitado aos familiares decidir pela doação ou não dos órgãos e tecidos para fins de transplante. Reiteramos que, na vigência de negativa familiar, é definido pela resolução CFM nº 1.826/2007 a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de ME do indivíduo não-doador²².

É importante enfatizar que os exames clínicos devem ser realizados por profissionais médicos diferentes, que não poderão ser integrantes da equipe de remoção e transplante, e que um exame deverá ser realizado por um médico neurologista, neurocirurgião ou neuropediatra com experiência em exame neurológico³.

Os exames complementares para diagnóstico de ME devem evidenciar a inatividade encefálica pela ausência de fluxo sanguíneo, atividade elétrica ou atividade metabólica através dos exames: eletroencefalograma, Doppler Transcraniano, extração cerebral de oxigênio, angiografia cerebral, cintilografia radioisotópica, tomografia computadorizada com xenônio, tomografia por emissão de fóton único, pósitrons e monitorização da pressão intracraniana. Estes podem ser realizados entre o primeiro e o

segundo exame ou após o segundo exame clínico²².

Do ponto de vista legal e médico a ME corresponde à morte, mesmo que esteja com suas condições cardiológicas e pulmonares mantidas artificialmente. Portanto a hora que deve constar no atestado de óbito é a hora da confirmação por exame complementar de ME. E mesmo quando todo o suporte é mantido a parada cardíaca ocorre por volta de uma semana²³.

Uma novidade no registro no ano 2016 foi a inclusão dos dados dos doadores elegíveis. No primeiro trimestre de 2016, com exceção do Estado de São Paulo (dados não enviados), que dos potenciais doadores notificados (1.767), 72% tiveram seu diagnóstico de ME confirmado, tornando-se doadores elegíveis, e que 38% (481) destes tornaram-se doadores efetivos. Infere-se, então, que é mais difícil obter a doação do que confirmar o diagnóstico de ME, que era o grande problema de muitos Estados há alguns anos²⁴.

Escassez de órgãos para transplante

Fatores que limitam a doação de órgãos são: falta de identificação e notificação de um PD; cuidados inadequados com o doador; necessidades de exames subsidiários confirmatórios de ME; inadequada entrevista familiar; familiares que recusam a doação em 30,0% a 40,0% das vezes; dificuldades no contato com as equipes de transplantes; problemas na retirada e distribuição dos órgãos doados²³.

Inúmeras pesquisas apontam a necessidade do treinamento e da capacitação do profissional responsável por realizar a entrevista familiar⁷.

As CNCDOs dos Estados brasileiros têm demonstrado preocupações com a capacidade de identificação de PD, através de estudos quantitativos de PD por morte violenta, os quais poderiam suprir a necessidade de órgãos se efetivasse o transplante. Concluíram, ainda, que não há carência de PD, mas falha na sua detecção destes e efetivação da doação⁵.

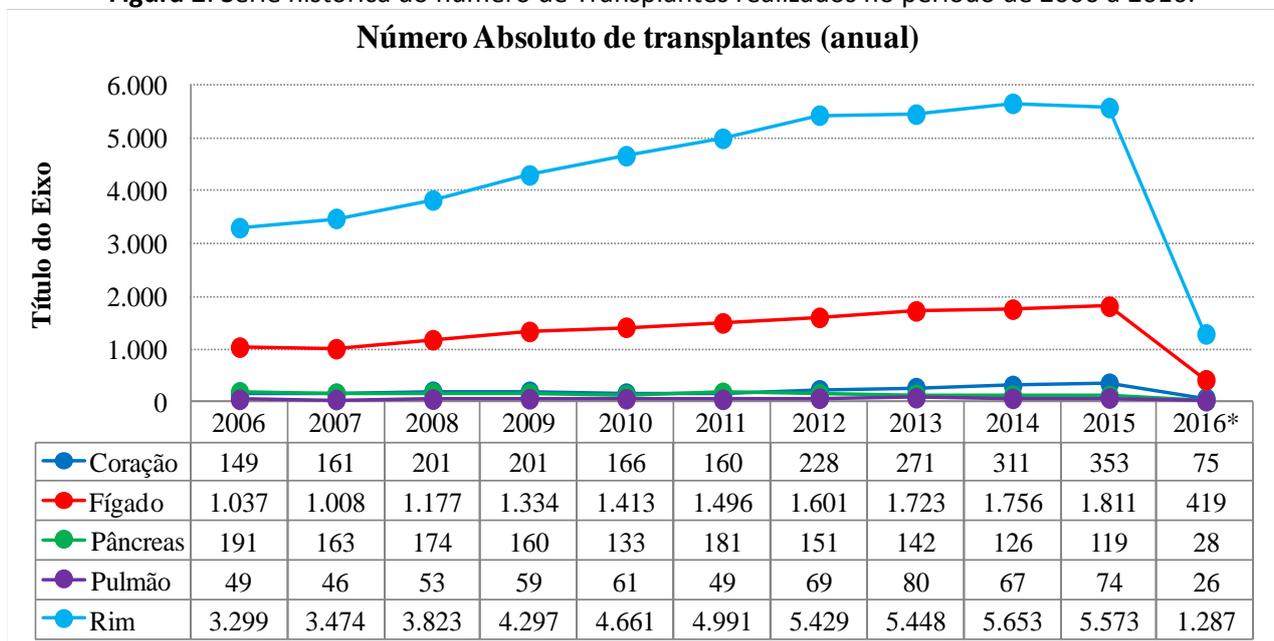
Apesar dos avanços, a falta de notificação de ME e as falhas na manutenção dos órgãos para a captação ainda representam fatores impeditivos à efetivação da doação e transplantes⁶.

A crise em muitos setores do país, inclusive na saúde, parece ter atingido também a doação e o transplante. No primeiro trimestre de 2016, houve queda não apenas em relação às previsões de crescimento, mas, de forma preocupante, na comparação com 2015. A taxa de doador efetivo, por exemplo, em 2015 foi de 14,1 pmp (por milhão de população), e a previsão para 2016 era de 16 pmp, sendo que a taxa obtida no primeiro

trimestre de 2016 foi de 13,1 pmp, 7,1% menor que o ano de 2015, 18,1% abaixo da previsão. A taxa de efetivação da doação (28%) foi 4,8% menor que a do ano anterior (29,2%) e 12,5% abaixo do previsto (32%). Outro aspecto preocupante é que os três Estados mais populosos, responsáveis por 40% dos habitantes, tiveram queda na taxa de doação: SP (8,2%) MG (19,6%) e RJ (18,5%). Um alento, entretanto, é que quase todos os Estados, com exceção do Amapá, já estão notificando PD, embora alguns não tenham conseguido efetivá-los. Entre as quatro maiores taxas de doação, encontram-se os três Estados da região sul, SC (30,5 pmp), RS (25,2 pmp) e PR (22,2 pmp), e o DF (28,8 pmp)²⁴.

As dificuldades apresentadas para a potencial efetivação do transplante registram-se em números através do gráfico anual, contendo o número de transplante realizados no período de 2006 a 2016 dos principais órgãos em destaque abaixo (figura 2).

Figura 2: Série histórica do número de Transplantes realizados no período de 2006 a 2016.



Fonte: ABTO (2016)²⁴.

Papel do enfermeiro no processo de doação e transplante

Desde a realização do primeiro transplante no Brasil em 1965 a equipe de enfermagem sempre esteve presente, porém somente em 2004, por meio da Resolução nº 292/2004 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), foi delimitado o seu campo de ação profissional nessa área²³.

Nesse íterim, consideramos importante identificar os elementos do processo de trabalho do enfermeiro junto ao paciente PD de órgão e tecidos e a sua família que poderão interferir no processo de doação e transplante²⁵.

Compreendemos como de responsabilidade da equipe de enfermagem reconhecer, detectar e identificar o PD em ME, além de realizar controle de todos os dados hemodinâmicos. A assistência de enfermagem a um corpo de um PD em ME ou indivíduo com coração parado deve ser prestada com dignidade e respeito, independente do procedimento a ser seguido.

Consideramos que a orientação e a divulgação sobre o processo de doação devem ocorrer nos estabelecimentos de saúde e para a sociedade em geral, fazendo parte das ações do enfermeiro. Estas atitudes têm como expectativa desmitificar à problemática que envolve a doação de órgãos e tecidos, mediante a socialização das informações.

É preciso que o profissional enfermeiro e sua equipe sejam treinados e capacitados para tal finalidade, demonstrando compreensão, oferecendo ajuda aos pacientes e familiares quando esta for solicitada, proporcionando relações mais humanas baseadas no princípio da

bioética, levando em consideração o princípio da autonomia e respeitando qualquer que seja a decisão familiar⁶.

Portanto, é de extrema importância que a família participe ativamente do processo ou que indique um representante legal para acompanhar todos os procedimentos, evidenciando a transparência do processo. O enfermeiro está presente ao lado dos familiares do PD e justamente por conta disso percebem as suas necessidades ajudando a compreender essa nova realidade como ela se apresenta⁷.

Conclusão

O aumento da taxa de doação depende de um olhar amplo e sistemático acerca das questões técnicas e legais inerentes ao processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. Para o fortalecimento desse processo recomenda-se incorporar a abordagem social e a perspectiva ética, baseadas no entendimento técnico e legal e no respeito ao direito de autonomia dos PDs e seus familiares.

As ações que asseguram um manejo ético e legal, definido na legislação dos transplantes no Brasil incorporado no presente estudo, pressupõem compromisso com a qualidade e segurança do processo de doação de órgãos e tecidos, que deve ser rigorosamente perseguida pelos profissionais que trabalham nesse contexto.

O transplante depende da efetividade do processo de doação, que se divide em etapas interdependentes e que necessitam ser bem executadas e articuladas entre si.

Quanto aos problemas que interferem no desenvolvimento desse processo, constatou-se a existência de subnotificação de PDs, deficiência de infraestrutura para realização do diagnóstico de ME e manutenção do PD, deficiência de conhecimento dos critérios de ME pelos profissionais de saúde e recusa dos familiares para a doação.

Um transplante bem-sucedido depende quase que exclusivamente do êxito do processo de doação, desde o momento da detecção do PD, manutenção do PD, entrevista familiar, captação dos órgãos e tecidos até a implantação dos mesmos no receptor. Existem inúmeros fatores que limitam o progresso da doação de órgãos, e para mudar tal quadro se fazem necessárias ações conjuntas que envolva profissionais da saúde, educadores e sociedade em geral, com o objetivo de promover discussões, esclarecer dúvidas e consequentemente diminuir o número de mortes em listas de espera por um transplante.

Esperamos, assim, que essas atitudes construam uma cultura positiva sobre a doação no país, contribuindo, em longo prazo para o aumento nas taxas de doação no país. Assim, consideramos urgente o aumento de estudos que revelem as dificuldades que permeiam esse processo e que possam auxiliar os profissionais nesse contexto.

Referências

1. Soares LMD, Leite RG, Rocha FCV. Conhecimento dos graduandos de uma instituição de ensino superior sobre a doação de órgãos. *Rev Interd.* 2015; 8(2):158-168.
2. Nogueira MA, Leite CRA, Reis Filho EV, Medeiros LM. Vivência das comissões intra-hospitalares de doação de órgãos/tecidos para transplante. *Rev Cient Enferm.* 2015; 5(14):5-11.
3. Pestana AL, Santos JLG, Erdmann RH, Silva EL, Erdmann AL. Pensamento Lean e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 47(1):258-264.
4. Araújo MN, Massarollo MCKB. Conflitos éticos vivenciados por enfermeiros no processo de doação de órgãos. *Acta Paul. Enferm.* 2014; 27:215-220.
5. Bonfadini G, Roisman V, Prinz R, Sarlo R, Rocha E, et al. Doação e fila de transplante de córnea no Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Oftalmol.* 2014; 73(4):237-42.
6. Mendes KDS, Roza BA, Barbosa SFF, Schirmer J, Galvão CM. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. *Tex Context Enferm.* 2012; 21(4):945-53.
7. Rosário EN, Pinho LG, Oselame GB, Neves EB. Recusa familiar diante de um potencial doador de órgãos. *Cad Saúd Coletiva.* 2013; 21(3):260-266.
8. Levin AK, Teixeira LKS, Cipullo R. Avaliação dos possíveis doadores de órgãos e suas recusas para não fazê-lo em frequentadores de um complexo hospitalar na cidade de São Paulo. *Rev Ciênc Saúd.* 2012; 2(2).
9. Doria DL, Leite PMG, Brito FPG, Brito GMG, Resende GGS, et al. Conhecimento do enfermeiro no processo de doação de órgãos. *Enferm em Foco.* 2015; 6(1/4):31-35.
10. Rodrigues SL, Ferraz Neto JB, Sardinha LA, Araujo S, Zambelli HJ, et al. Perfil de doadores efetivos do serviço de procura de órgãos e tecidos. *Rev Bras Ter Inten.* 2014; 26(1):21-27.
11. Kumar L. Brain death and care of the organ donor. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2016; 32(2):146-152.
12. Santos MJ, Massarollo MCKB, Moraes EL. Entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(5):788-94.
13. Ferreira IR, Silva LN, Aguiar Filho W, Gonçalves RPF, Souto SGT, et al. Doação e transplante de órgãos na concepção bioética: uma

revisão integrativa. Três Corações: Rev Univers Vale do Rio Verde. 2015; 13:190-203.

14. Berlinguer G, Garrafa V. O mercado humano. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2014.

15. Morais TR, Morais MR. Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. Saúde em Debate. 2012; 36(95):633-639.

16. Souza ATS, Freire VS, Silva AJS. A atuação do enfermeiro no processo de doação de órgão: uma revisão integrativa. Rev Interd. 2014; 7(3):138-148.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Portal Saúde. Doação. 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/366-sas-raiz/dahu-raiz/transplantes-raiz/transplantes/21679-doacao>>.

18. Silva AC, Kuroba PY, Santos RAB. Engenharia de produção aplicada à saúde: a filosofia Lean em um hospital potencial gerador de morte encefálica visando contribuir para o aumento da oferta de órgãos e tecidos do Estado do Rio de Janeiro [TCC]. Rio de Janeiro (RJ): Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca/CEFET/RJ. 2013. 109. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/2750313-Centro-federal-de-educacao-tecnologicacelso-suckow-da-fonseca-cefet-rj.html>>.

19. Teles SF, Nogueira MA. O papel do enfermeiro na organização de procura de órgãos. São Paulo: Rev Recien. 2015; 5(15):19-29.

20. Wijdicks EF, Varelas PN, Gronseth GS, Greer DM. Evidence-based guideline update: determining brain death in adults. Neurology. 2010; 74. Disponível em: <<http://www.neurology.org/content/74/23/1911.full.pdf+html>>.

21. Garcia CD, Pereira JD, Garcia VD. Doação e transplante de órgãos e tecidos. São Paulo: Segmento Farma. 2015.

22. Morato EG. Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização. Rev Med Minas Gerais. 2009; 19(3):227-236.

23. Freire ILS, Mendonça AEO, Pontes VO, Vasconcelos QLDAQ, Torres GV. Morte encefálica e cuidados na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante. Rev Elet Enferm. 2012; 14(4):903-912.

24. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. ABTO. Informativo da ABTO. São Paulo (SP): 2016; 19(1):8. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/ABTO_News/2016/1.pdf>.

25. Cavalcante LP, Ramos IC, Araújo MA, Alves MD, Braga VA. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. Acta Paul Enferm. 2014; 27(6):567-572.