



**SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR DO MÉDIO PARNAÍBA LTDA - SESMEP
FACULDADE DO MÉDIO PARNAÍBA – FAMEP
INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO COMENIUS – ISEC
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

FRANCILEIDE LIMA MONTE RODRIGUES

**ESTRATÉGIAS DA ENFERMAGEM PARA REDUZIR A RECUSA FAMILIAR A
DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

TERESINA

2018

FRANCILEIDE LIMA MONTE RODRIGUES

**ESTRATÉGIAS DA ENFERMAGEM PARA REDUZIR A RECUSA FAMILIAR A
DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade do Médio
Parnaíba - FAMEP, como requisito para
conclusão de graduação em Bacharelado
em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Everton Moraes
Lopes.

TERESINA

2018

FRANCILEIDE LIMA MONTE RODRIGUES

**ESTRATÉGIAS DA ENFERMAGEM PARA REDUZIR A RECUSA FAMILIAR A
DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade do Médio
Parnaíba - FAMEP, como requisito para
conclusão de graduação em Bacharelado
em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Everton Moraes
Lopes

Monografia aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Everton Moraes Lopes

Orientador

Prof^a Me. Cidianna Emanuely Melo do Nascimento

1º examinador

Prof^a Me. Flavia Danielle Martins Lima

2º examinador

Dedico esta, bem como todas as minhas conquistas a meus amados pais: Edmilson Campelo e Francisca Lima pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Aos meus irmãos Edeilson e Edenilson e sobrinhos pela alegria de todos os momentos.

A Maciel pessoa com quem amo partilhar a vida.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram ou estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

Ao Professor, Orientador Dr. Everton Moraes Lopes pela direção na elaboração deste trabalho.

Aos meus pais, aos meus amigos e minhas amigas inseparáveis Isabel Cristina, Janaina Araújo e Lidianne Priscila companheiras de trabalhos que fizeram parte da minha formação e vão continuar presentes na minha vida com certeza.

A todos que fizeram parte desta trajetória direta ou indiretamente, o meu muito obrigado.

“O temor do Senhor é o princípio da sabedoria, e o conhecimento do Santo é prudência”.

Provérbios 9.10

RESUMO

Doação de órgãos é um ato onde se manifesta a vontade de doar uma ou mais partes do corpo sendo assim é uma decisão muito importante, pois contribui no tratamento de outra pessoa e aumenta sua expectativa de vida, entretanto essa pratica ainda enfrenta bastante recusa. O estudo teve como objetivo geral analisar os principais motivos de recusa à doação de órgãos e as principais estratégias utilizadas para reduzir a recusa familiar a doação de órgãos. A metodologia adotada é do tipo exploratória e descritiva, sendo realizada uma pesquisa de revisão de literatura, com abordagem quantitativa, com a realização de pesquisas nos bancos de dados virtuais SCiELO (Livreria Científica Eletrônica Online), BDEnf (Banco de dados de enfermagem), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde). Foram pesquisados e estudados artigos científicos no período de 2008 a 2018. O material foi selecionado ressaltando dados considerados de relevância para o tema proposto. Em seguida, foram organizados por assunto para construir um corpo de conhecimento sobre os motivos que levam ao grande numero de recusa á doação de órgãos e as estratégias utilizadas para reduzir esse número. Os resultados encontrados evidenciam que a equipe de saúde é de suma importância e deve estar preparada para atender esse publico além de promover ações educativas com a família e comunidade sobre o processo de doação de órgãos. Existem vários fatores que levam a uma família não autorizar a realização da doação de órgãos, muitos por não entender o conceito de morte encefálica, por crenças religiosas e a falta de competência técnica da equipe hospitalar ao recrutar os doadores. Entretanto foram identificados alguns itens que podem ser utilizados para diminuir o índice de recusa a doação de órgãos como: campanhas de conscientização através de campanhas educativas e os trabalhos de educação permanente. Tanto com a capacitação dos profissionais desde a entrevista ate a entrega do corpo aos familiares como com programas informativos.

Descritores: Doação de órgãos. Recusa familiar. Enfermagem.

ABSTRACT

Organ donation is an act where one wishes to donate one or more parts of the body. This is a very important decision because it contributes to the treatment of another person and increases their life expectancy. However, this practice still faces a lot of refusal. The main objective of the study was to analyze the main reasons for refusal to donate organs and the main strategies used to reduce family refusal to donate organs. The methodology adopted is of the exploratory and descriptive type, being carried out a research of literature review, with quantitative approach, with the accomplishment of researches in the virtual data banks SCiELO (Livreria Científica Eletrônica Online), BDEnf (Nursing database), LILACS (Latin American and Caribbean Health Literature). Scientific articles were researched and studied in the period 2008 to 2018. The material was selected highlighting data considered relevant for the proposed theme. Then they were organized by subject to build a body of knowledge on the reasons that lead to the large number of refusal to donate organs and the strategies used to reduce that number. The results show that the health team is of paramount importance and should be prepared to attend this public and should also promote educational actions with the family and community about the process of organ donation. There are several factors that lead to a family not authorizing the donation of organs, many for not understanding the concept of brain death, for religious beliefs and lack of technical competence of hospital staff when recruiting donors. However, some items that could be used to reduce the refusal rate of organ donation, such as: awareness campaigns through educational campaigns and permanent education work, were identified. Both with the training of professionals from the interview to the delivery of the body to family members as well as information programs.

Keywords: Organ donation. Family refusal. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma explicativo da seleção das publicações nas bases de dados SCIELO, BDENF e LILACS	25
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição da caracterização das publicações 26

Tabela 2 – Descrição dos principais motivos de recusa a doação de órgãos e algumas sugestões de estratégias de convencimento das publicações 27

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABTO – Associação Brasileira de Transplante de Órgãos

AVE - Acidente vascular encefálico

BDENF – Base de dados de enfermagem

BVS - Biblioteca Virtual de Saúde

CFE – Conselho Federal de Enfermagem

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNDCO - Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos

LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde

ME – Morte Encefálica

MS – Ministério da Saúde

OPO - Organização de Procura de órgãos

SCiELO - Livraria Científica Eletrônica Online

SNC – Sistema Nervoso Central

SUS - Sistema Único de Saúde

TCE - Traumatismo crânio encefálico

UNIFESP - Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 Conceitos: Morte Encefálica, Doação e Transplante de Órgãos e Patologias Tratadas com o Transplante de Órgãos	16
3.2 Aspectos Históricos sobre Doação de Órgãos	17
3.3 Lei nº 9434 de fevereiro de 1997 refere-se a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano	18
3.4 Etapas para a Captação de Órgãos	19
3.5 Imunossupressão.....	20
3.6 Motivos para se doar órgãos	21
4 METODOLOGIA	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
5.1 Caracterização das publicações encontradas	24
5.2 Recusa familiar e estratégias de convencimento	27
6 CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS	32

1INTRODUÇÃO

Com o avanço da medicina surgiram várias terapias para tratamento de doenças e uma delas é o transplante de órgãos, definido como o conjunto de ações e procedimentos que consegue transformar um potencial doador em doador efetivo (SANTOS; MASSAROLO, 2005). Atualmente o transplante de órgãos e tecidos é uma alternativa terapêutica segura e eficaz no tratamento de diversas doenças, determinando melhoria na qualidade e na perspectiva de vida. 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 tecidos (Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2009).

A realização de transplante de órgãos no Brasil iniciou em 1964 e esta regulamentada pela Lei 9.434 de 04 de fevereiro de 1997 e pela Lei 10.211 de 23 de março de 2001 que dispõem que a doação de órgãos e tecidos podem ocorrer em duas situações: doação de doador vivo com até 4º grau de parentesco desde que não haja prejuízo para o doador, e de um doador morto, que deve ser autorizada por escrito por um familiar com até 2º grau de parentesco.

O Sistema Único de Saúde (SUS) atualmente tem o maior programa de público de transplante do mundo, no qual cerca de 95% dos transplantes de órgãos são feitos com recursos públicos, e ajuda cada vez mais pessoas a terem uma vida melhor (BRASIL, 2018).

A doação pode ser de órgãos (rins, fígado, coração, pâncreas e pulmão), ou de tecidos (córnea, pele, ossos, válvula cardíacas, cartilagem, medula óssea, e sangue do cordão umbilical) e existem órgãos que podem ser doados em vida (um dos rins, medula óssea por parte de aspiração óssea direta ou pela coleta de sangue, parte do fígado e do pulmão e partes da pele), e outros após a morte (coração, pulmão, rins, fígado, pâncreas e intestino) e tecidos (córneas, partes da pele não visíveis, ossos, tendões e veias).

Segundo Brasil (2018), o país registrou um número significativo de doação de órgãos em 2017 que o caracterizou como o ano que mais apresentou doadores de órgãos da história. No primeiro semestre de 2017, 1.662 famílias autorizaram a doação de órgãos após perderem seus parentes, totalizando em 12.086 transplantes, mas infelizmente há um alto índice de recusa representado por 43%

das famílias de pessoas que sofreram de morte encefálica. Os transplantes de órgãos mais comuns, tem sido de córnea, rim, fígado, coração e pulmão.

De acordo com Pessoa, Shirmer e Rosa (2013) dentre os vários motivos de recusa observa-se que ainda há pouco conhecimento dos familiares a cerca do significado de morte encefálica, e é apontado como o maior motivo de recusa, onde os envolvidos não conseguem entender que um corpo que possui batimentos cardíacos, que respira (com ajuda de aparelhos) e que às vezes ainda possui temperatura adequada possa estar morto.

Ainda que o óbito seja uma realidade difícil de ser encarada por qualquer profissional da saúde, para o enfermeiro esta realidade se impõe de maneira ainda mais ampla. Como ele esta na ponta da teia nos cuidados realizados pela equipe multiprofissional, cabe a este profissional gerar os cuidados e apoio necessários ao paciente nos seus instantes finais, e demonstrar, nas ações contínuas de cuidado ao paciente, uma mensagem de alívio e conforto a família (ARAÚJO, 2017).

A doação e transplantes de órgãos sempre foi um tabu no meio da sociedade, onde muitos rejeitam o procedimento devido a religiosidade, a cultura e vários outros fatores em questão. Porém, com a conscientização pelos profissionais da saúde sobre a importância de salvar vidas aos familiares e ao individuo que futuramente possa ser um doador é possível que a decisão de cada uma dessas pessoas contribua para diversos outros pacientes, se transformando em uma atitude de amor ao próximo que muitas vezes sofrem na fila de espera pelo transplante de um doador compatível.

Desse modo, o presente tema foi escolhido com a objetividade de trazer um maior conhecimento sobre doação e transplantes de órgãos, podendo de acordo com o levantamento de dados coletados de outras publicações referentes à temática, discutir os benefícios do transplante de órgãos, listando as estratégias encontradas e adequadas para cada situação.

A presente pesquisa tem como problemática: Quais os motivos que levam a recusa da doação de órgãos pelos familiares? Quais as estratégias utilizadas para reduzir a recusa familiar diante de um provável doador de órgãos? E tem como hipóteses: Muitos são os fatores que levam a recusa pelo familiar à doação de órgãos que vão desde o apego emocional, o desconhecimento sobre a vontade do doador, até questões culturais e religiosas. A principal estratégia de convencimento

familiar é o esclarecimento adequado das principais dúvidas, bem como a elaboração de programas informativos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar os principais motivos de recusa a doação de órgãos e as principais estratégias utilizadas para reduzir a recusa familiar a doação de órgãos.

2.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar as principais publicações referentes às estratégias para reduzir a recusa familiar;
- b) Listar as principais dificuldades encontradas no processo de convencimento familiar a doação de órgãos;
- c) Analisar o papel do enfermeiro no processo doação/transplante.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Conceito de Morte Encefálica, Doação e Transplante de órgãos e patologias tratadas com o transplante de órgãos

Segundo o Conselho Federal de Medicina – (CFM) pela Resolução nº 1.480/97, a Morte Encefálica (ME) é conceituada como a perda total e irreversível das funções encefálicas de causa idiopática e constatada através de procedimentos realizados pelos médicos que confirmam que não há mais vida cerebral, podendo haver apenas a sobrevivência dos órgãos.

De acordo com Fortunato et al. (2017), o processo doação-transplante é um procedimento médico composto por uma série de passos ordenados de forma precisa, que transforma os órgãos de uma pessoa falecida em órgãos suscetíveis a serem transplantados. Inicia-se com a identificação de um potencial doador e finaliza com o transplante ou armazenamento dos diferentes órgãos ou tecidos removidos.

O número de transplantes de órgãos realizados no mundo continua crescente e ele é uma opção de tratamento para melhorar a qualidade de vida das pessoas de qualquer idade, que apresentam doença crônica de caráter irreversível e estágio final (MENDES et al., 2012).

Para Fortunato et al. (2017) a ME é uma situação clínica em que, devido a uma lesão irreversível do encéfalo, o paciente apresenta: coma arreativo; apnéia e ausência dos reflexos do tronco cerebral. Em resumo há perda irreversível da consciência e da capacidade de respirar. Pela legislação brasileira e por resolução do CFM, são necessários: dois testes clínicos com intervalo de tempo, dependendo da idade do potencial doador (6 a 48 horas), realizados por dois médicos, não envolvidos com equipes de remoção ou transplante, e um deles neurologista ou neurocirurgião. E um teste complementar que prove a completa inatividade encefálica.

Segundo Requia et al. (2017), as principais causas de ME são: traumatismo crânio encefálico (TCE), acidente vascular encefálico (AVE), encefalopatia anóxica pós-parada cardíaca, tumores e infecções do sistema nervoso central (SNC).

Segundo Brasil (2018) os órgãos que podem ser doados através de um doador falecido são: Coração, pulmões, fígado, pâncreas, intestino, rins, córnea,

vasos, pele, ossos e tendões. E os órgãos a serem doados por uma pessoa em vida são: um dos rins, uma parte do fígado ou do pulmão e medula óssea.

3.2 Aspectos Históricos sobre doação de órgãos

A palavra transplante foi utilizada pela primeira vez, em 1778, por um pesquisador, anatomista e cirurgião chamado John Hunter, ao pormenorizar sua experiência com órgãos reprodutores em animais. Quase dois séculos depois, o mundo vislumbrou o primeiro transplante realizado com êxito em seres humanos (PESSOA, 2013).

Em 1964, transplantes renais começaram no Brasil e, em 1968, transplantes de coração, fígado, intestino e pâncreas foram realizados. Como em outros locais do mundo, os resultados desanimadores levaram a suspensão dos programas de transplantes no início dos anos 70, incluindo todos os órgãos, exceto rins. A descoberta da ciclosporina na década de 70 e sua aplicação clínica inicial como medicamento imunossupressor no início dos anos 80 levaram a melhores resultados nos transplantes renais. Subsequentemente, os programas para transplantes cardíaco (1984), hepático (1985), e pancreático (1987) foram reativados, e um programa precoce de transplante pulmonar foi instituído no Brasil (1989) (PÊGO-FERNANDES, 2010).

Com relação a grande demanda por transplantes no Brasil houve a necessidade de regulamentação desse procedimento terapêutico, onde o mesmo foi dividido em três fases: 1 fase: A demanda e alocação de órgãos sob a responsabilidade dos centros de transplantes e sem o controle do Ministério da Saúde. Estendeu-se de 1964 a 1987. A segunda fase: Iniciou em 1987, com a publicação, pelo Ministério da Saúde, do Sistema Integrado para o Tratamento do Paciente Renal Crônico e do Transplante Renal (SIRC-TRANS), elaborado para estabelecer padrões para reconhecimento e funcionamento de centros de transplante renal e para determinar os pagamentos pelo sistema público de saúde; Terceira Fase: Iniciou em 1998 com a nova legislação sobre transplantes (aprovada pelo Congresso Nacional, em 16 de janeiro de 1997, e sancionada pelo Presidente da República em 4 de fevereiro de 1997) (11) e com a criação do Sistema Nacional de Transplantes (SNT), além dos Centros de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) no Distrito Federal. O gerenciamento e os pagamentos

envolvidos em todos os processos de doação e transplante se tornaram responsabilidade do governo federal. Mesmo na vigência da Lei 5.479, de 10 de agosto de 1968, posteriormente revogada pela Lei de 18 de novembro de 1992, que dispunha sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, ainda não havia uma legislação adequada para regulamentar a realização dos transplantes (ANDRADE, 2015).

Portanto, de 1964 a 1997 a atividade de transplante era contextualizada por pouca regulamentação e, conseqüentemente, informalidade. Com crescente demanda por transplantes no Brasil, houve a necessidade de regulamentar a atividade e de criar um sistema nacional, definindo critérios tecnicamente corretos e socialmente aceitáveis de doação, captação e implantação do órgão. Assim, em 16 de janeiro de 1997, foi aprovada, pelo Congresso Nacional a nova Lei de Transplantes (Lei 9434/97), sancionada pelo Presidente da República em 4 de fevereiro de 1997, sobre a disposição da remoção de órgão, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento (ANDRADE, 2015).

3.3 Lei nº 9434 de fevereiro de 1997 refere-se a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano

A Lei nº 9434 de fevereiro de 1997 dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante terapêuticos e científicos. Os principais artigos dessa lei a ser mencionada como relevância a temática em questão são:

Art. 1º: A disposição gratuita de tecidos. Órgãos e partes do corpo humano, em vida ou *post mortem*, para fins de transplante e tratamento, é permitida;

Art. 2º A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser realizada por estabelecimento de saúde, público ou privado, e por equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante previamente autorizados pelo órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser autorizada após a realização, no doador, de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigidos para triagem de sangue para doação, segundo dispõe, a Lei nº7.649, de 25 de janeiro de 1988, e regulamentados do Poder Executivo.

Art. 3º: A retirada *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de ME, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina

Art3º§3º Será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato da comprovação e atestado da morte encefálica.

Art4º§1º A expressão “não doador de órgãos e tecidos” deverá ser gravada, de forma indelével e inviolável, na carteira de identidade civil e na Carteira Nacional de Habilitação da pessoa que optar por essa condição.

Art8º Após a retirada de partes do corpo, o cadáver será dignamente recomposto e entregue aos parentes do morto ou seus responsáveis legais para sepultamento.

3.4 Etapas para a captação de órgãos

De acordo com Morais e Morais (2012) a captação de órgãos funciona da seguinte maneira:

Identificação do Possível Doador: Uma pessoa é considerada doadora quando esta segue internada em um hospital, recebendo cuidados intensivos devido algum problema de saúde ou agravamento de saúde, que pode ser: acidente com traumatismo craniano, acidente vascular cerebral, tumor e entre outros, que pode levar a uma lesão irreversível do encéfalo.

Notificação: É a obrigatoriedade da notificação compulsória a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CNDCO) pelos profissionais que atuam em uma unidade de terapia em seu estado quando existir a identificação de um potencial doador.

Avaliação: Através da notificação feita, a Organização de Procura de órgãos (OPO) se dirige ao hospital e faz toda a análise com base na história clínica, antecedentes médicos e exames laboratoriais e testa a compatibilidade com prováveis doadores. É nessa etapa que a família é consultada sobre a autorização da doação.

Identificação das Equipes Transplantadoras: Etapa na qual a equipe responsável pelo transplante é informada sobre a existência do doador e qual o paciente receptor foi selecionado.

Retirada dos Órgãos: Esse procedimento é feito no hospital onde se encontra o doador respeitando as técnicas de assepsia e preservação dos órgãos e logo em seguida é feita a transplantação.

Liberação do Corpo: O corpo é dignamente recomposto e entregue a família.

3.5 Imunossupressores

Os agentes imunossupressores são fármacos utilizados pelos pacientes para evitar que os órgãos transplantados sejam rejeitados. Segundo Klickstein (2015), os agentes imunossupressores vêm sendo utilizados a mais de 50 anos e começaram com os corticosteróides, os antimetabólitos e os agentes alquilantes. O primeiro transplante realizado com sucesso em seres humanos foi o transplante de um rim entre gêmeos idênticos, porém na atualidade os transplantes ocorrem entre indivíduos não aparentados. Os tecidos do doador e do receptor expressam moléculas MHC da classe I diferentes, e por conseguintes as células imunes do receptor reconhecem o tecido transplantado como estranho denominado de aloimunidade, por isso a importância do uso dos imunossupressores.

De acordo com as Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos aprovados pelo Ministério da Saúde, a terapia de imunossupressão para manutenção pós-transplante deve combinar três classes terapêuticas: um corticosteroide, geralmente a prednisona; um inibidor de calcineurina representado pela ciclosporina ou pelo tacrolimo; e um agente antiproliferativo podendo ser a azatioprina, o micofenolatomofetilou o micofenolato de sódio. Alternativamente, os protocolos permitem a substituição de uma dessas duas últimas classes pelos sirolimo ou everolimo que são inibidores da rapamicina (BRASIL, 2002).

Quando ocorre rejeição de órgão sólido a mesma pode ser dividida em três fases: rejeição hiperaguda, aguda e crônica. A rejeição hiperaguda é mediada por anticorpos pré-formados do receptor contra antígenos do doador, ocorrendo quase imediatamente após a reperfusão do órgão transplantado. A rejeição aguda possui componentes celulares e humorais. Esta resposta ocorre nos primeiros meses após o transplante e é mediada por células T citotóxicas e provoca lesão intersticial, bem

como vascular, ocorrendo esta resposta com mais frequência nos primeiros meses após o transplante. A rejeição crônica só ocorre dentro de meses ou anos após o transplante e acredita-se que a rejeição ocorra com a inflamação crônica causada pela resposta das células T ativadas aos antígenos do doador, e os imunossupressores buscam reduzir essa rejeição (KLICKSTEIN, 2015).

3.6 Motivos para se doar órgãos

Mesmo não querendo falar ou pensar sobre a morte esta é uma temática que ajuda a salvar muitas vidas ou ainda a melhorar a qualidade de vida de dezenas de pessoas através da doação de órgãos e tecidos. A autorização a doação de órgãos e tecidos é uma decisão que pode ser tomada por cada um antes de passar algum tipo de doença debilitante, não é necessário deixar nada por escrito mas comunicar a família é importante, mas acaba que a família é que fica responsável por essa decisão.

Conforme Gerlain (1988) transplantes de órgãos tem a finalidade de prolongar a vida de outras pessoas a fim de resolver seus graves problemas de saúde. De acordo com Franke, et al. (2017), a escassez de órgãos para transplantes, resultante de uma demanda superior a oferta, torna imprescindível a adoção de métodos de alocação embasados em aspectos éticos e médicos. Afinal, órgãos de doadores falecidos pertencem a sociedade, e assim sendo, devem ser distribuídos de forma equânime e justa, buscando garantir ética em um sistema que trata da vida e da morte.

Segundo Furlan e Paiano (2010), o transplante tornou-se um procedimento terapêutico seguro e bastante utilizado que possibilita a reabilitação física e social do paciente. Podem-se aproveitar vários órgãos e beneficiar vários pacientes receptores (ROCHA, 1997).

Talvez o maior benefício de ser ou de se tornar um doador de órgãos é que ele oferece a oportunidade de salvar uma vida. Ao doar um fígado saudável, coração, rins ou a alguém em necessidade desesperada de um transplante, o doador pode ajudar a sustentar a vida de alguém que de outra forma teria morrido.

Para que o transplante de órgãos aumente no Brasil é essencial que se melhorem os quatro pilares que apóiam o processo de doação para transplante: legislação, financiamento, organização e educação. As medidas legais incluem a

implementação de um sistema de registro de doadores voluntários, e a prevenção de qualquer forma de comércio por meio de maior controle sobre transplantes entre doadores não familiares, bem como a proibição de transplantes envolvendo doadores mortos que não sejam residentes no país (PÊGO-FERNANDES, 2010).

4 METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de uma revisão bibliográfica com abordagem quantitativa transversal. A Revisão de Bibliografia é parte de um projeto de pesquisa, que revela explicitamente o universo de contribuições científicas de autores sobre um tema específico (SANTOS; CANDELORO, 2006).

A coleta de dados foi feita a partir de publicações relacionadas ao tema, publicados no período de 2008 a 2018. Esses artigos foram pesquisados nas bases de dados, sites especializados como Scientific Electronic Library Online (SciELO), Base de dados de enfermagem (BDEnf) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram utilizados os seguintes descritores: “doação de órgão + recusa familiar”.

Como método de avaliação e escolha dos artigos para elaboração deste estudo foram utilizados como critérios de inclusão: serem artigos científicos que houvessem a combinação de dois descritores no título que foram publicados nos últimos dez anos e em português. Foram excluídas publicações que estavam fora do período proposto, artigos que eram revisão de literatura dando prioridade aos que eram pesquisa de campo e que não estavam com documento na íntegra na base de dados.

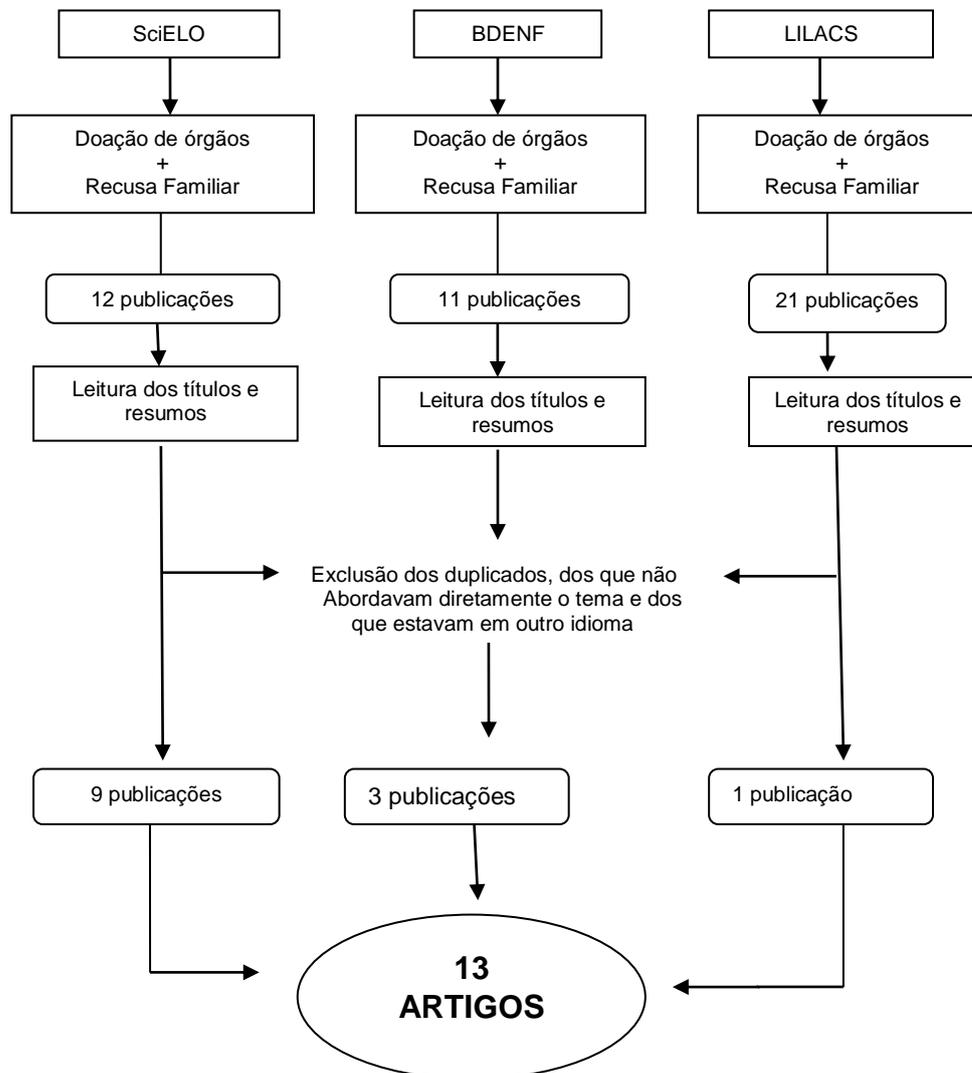
Após aplicação dos critérios citados de inclusão e exclusão foram lidos os títulos dos trabalhos para triagem inicial, após a seleção foram lidos os artigos na íntegra e foram extraídos dados como informações como base de dados, ano de publicações, local de realização do estudo, revistas científicas, autores e motivos de recusa da doação de órgãos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização das publicações encontradas

A quantificação das publicações encontradas está representada na figura 1, que mostra que a busca foi realizada nas bases de dados SciELO, BDeaf e LILACS, onde utilizando as palavras-chave “doação de órgãos” + “recusa familiar” e os resultados nos mostraram a existência de 44 artigos. Na base SciELO foram encontrados 12 artigos, mas foram excluídos 3 artigos por estar em outro idioma diferente do português e restaram apenas 09 publicações. Na base BDeaf foram encontrados 11 artigos, foram excluídos: 01 artigo que estava em outro idioma, 04 estavam fora do tema, 03 estavam duplicados, resultaram 03 artigos. Na base LILACS foram encontrados 21 artigos, após aplicação de critério de exclusão idioma ficaram 18, 8 artigos estavam fora do tema proposto, visto que destacavam a doação de órgãos mas não discutiam a recusa envolvida, 9 estavam em duplicidade, assim, resultou apenas 01 artigo na base LILACS.

Figura 1 – Fluxograma explicativo da seleção das publicações nas bases de dados SciELO, BDEF e LILACS.



Fonte: o autor, 2018.

No total foram selecionados 13 artigos e os mesmos foram a base para a elaboração da tabela 1 onde apresenta uma caracterização das publicações encontradas, onde foi feito um levantamento dos autores e seu grau de instrução, local de pesquisa, a revista e o ano de publicação nas bases de dados SciELO, BDEF e LILACS.

Tabela 1 – Descrição da caracterização das publicações

Base de dados	Autor	Ano	Revista	Formação do 1º autor	Local pesquisa
SCIELO	Dalbem, Caregnato	2010	Contexto enferm	Enfermeira	Hospital Cristo redentor / Rio grande do sul
	Knihs, et al	2015	Brasnefrol	Não especificado	3 Hospitais /santa Catarina
	Gois, et al	2017	Acta Paul enferm	Não especificado	Sist. Est. Transp. Paraná
	Pompeu, et al	2014	Acta Paul enferm	Não especificado	Serv. Proc. Org. e tec /ribeirão preto –SP
	Moraes, Massarolo	2009	Acta Paul enferm	Mestre em enfermagem	Organização proc. Órg. – SP
	Moraes, Massarolo	2008	Rev. Latino AM enfermagem	Mestre em enfermagem	São Paulo
	Lira, et al	2012	Acta Paul enferm	Mestre em enfermagem	Central transp. De Pernambuco
	Rosário; et al	2013	Caderno saúde coletiva	Enfermeira	Org. proc. Org. Curitiba PR
	Pessoa, Schirmer, r oza	2013	Acta Paul enferm	Não especificado	Hosp. Univ. de são Paulo
LILACS	Costa, et al	2017	Rev. Bioética	Especialista	Hospital CE
BDEnf	Donoso, Gonçalves , Matos	2013	Rev.Enferm. Centro Oeste mineiro	Doutora	Não especificado
	Diaz, Ribeiro, Chaoubah	2017	Rev. Enf. UFPE	Enfermeira Mestre	Cncdo da zona da mata
	Bonetti, et al	2017	Rev.Enf UFPE	Especialista	Reg sul pais

Fonte: o autor, 2018.

Após a leitura e análise das publicações pode-se perceber que o ano que houve um maior número de publicações relacionadas ao tema foi o ano de 2017

com 4 publicações (30,7%), o segundo ano com maior número de publicação foi o de 2013 com 03 publicações (23%).

Analisando os estados de publicação das obras foram oriundos 4 artigos da região Nordeste (30,7%), 4 da região Sul (30,7%), e 5 da região Sudeste (38,5%), e o estado da região sudeste que houve maior numero de publicação foi São Paulo com 4 publicações (30,7%).

5.2 Recusa familiar e estratégias de convencimento

Abaixo está apresentada uma tabela com os principais motivos de recusa familiar a doação de órgãos mais comumente encontrados e algumas estratégias de convencimento para que se possa reduzir esse número de recusa à doação de órgãos (tabela 2).

Tabela 2 – Descrição dos principais motivos de recusa a doação de órgãos e algumas sugestões de estratégias de convencimento das publicações

Referencia	Motivo da recusa	Estratégia
Dalbem, Caregnato	Doador em vida era contrário a doação Desconhecimento do desejo do doador Família manter o corpo íntegro Convicções religiosas	Campanhas de conscientização
Knihs, et al	Perdas por problemas de manutenção Recusa familiar sem informar motivo Doador contrário a doação Família manter o corpo íntegro	Não propõe estratégias
Gois, et al	Medo da mutilação Não compreensão da família no diagnóstico deME	Capacitação dos profissionais Sensibilização da sociedade

Pompeu, et al Moraes, Massarolo	Desconhecimento sobre quais ossos seriam retirados Como seria a reconstituição Como se apresentaria o corpo após O paciente ter manifestado em vida não querer ser doador Espera de um milagre Não compreensão no diag.de ME Não aceitação da manipulação do corpo Medo da reação da família Desconfiança da assistência Medo do comércio de órgãos Crença religiosa	Não propõe estratégias
Lira, et al	Corpo é inviolável Crença na possibilidade de retorno	Campanhas educativas Trabalho de educação permanente com os profissionais
Rosário, et al	Discordância entre os familiares Desconhecimento vontade do doador Manter o corpo íntegro Medo demora da liberação do corpo Não compreensão no diag.de ME Questões religiosas Descontentamento com o atendimento da Equipe Desconfiança e medo de tráfico de órgãos	Programas informativos
Pessoa, Schirmer, Roza	Não compreensão no diagnóstico de ME Religiosidade Falta de competência técnica da equipe Longo tempo no processo Falecido não era doador Enterrado como veio ao mundo Medo da mutilação Qualidade do atendimento Decisão de um único membro família Experiência negativa em outro processo de doação	Capacitação dos profissionais que realizam a entrevista
Costa, et al	Não compreensão no diagnóstico de ME Religiosidade Despreparo do profissional entrevista	Investimento em estrutura e educação permanente

Donoso, Gonçalves, Matos	Abordagem inadequada Religiosidade Fragilidade no sistema de doação órgãos Falta de esclarecimentos prévios Falta de consenso entre membros família Respeitar o desejo do doador	Não propõe estratégias
Diaz, Ribeiro, Chaoubah	Doador contrário a doação em vida Familiares indecisos Manter a integridade do corpo Receio de demora na liberação do corpo Desconhecimento da vontade do doador	Campanhas de doação de órgãos e tecidos, com esclarecimentos
Bonetti, et al	Declaração em vida de não doador Questões religiosas Desconhecimento vontade do doar	Campanhas educacionais

Fonte: o autor, 2018.

Analisando o quadro apresentado pode-se observar que os fatores de recusa a doação de órgãos pelos familiares que apareceram com maior frequência nos artigos foram: religiosidade, desconhecimento da vontade do doador ou mesmo se em vida era contrário a doação, a família queria deixar o corpo inteiro, não compreensão do diagnóstico de ME, desconfiança da assistência, medo da reação da família, falta de esclarecimentos prévios e alguns não informaram o motivo.

O estudo de Pompeu et al. (2014) realizado sobre a doação de tecido ósseo destaca que a decisão familiar de recusar a doação do tecido ósseo foi representada pelo desconhecimento sobre quais ossos seriam retirados durante a captação, como aconteceria a reconstituição destas estruturas e como se apresentaria o corpo do doador após a captação. O fator que influenciou a ocorrência de baixa prevalência da doação desse tecido.

A família é o elemento principal, e a transparência desse processo só ocorre quando a família é devidamente informada e esclarecida sobre o quadro do ente querido, pois a falta de esclarecimento é percebida como uma condição que gera dúvida, angústia, dor e desespero. A equipe deve oferecer apoio aos familiares, independente da manifestação contraria a doação. A postura ética e o respeito

diante do sofrimento da família é um dever do profissional de saúde que presta assistência ao potencial doador e seus familiares (MORAES; MASSAROLLO, 2009).

Com essas estratégias apontadas no quadro podemos observar que são ações de melhoria que tem como objetivos construir uma cultura positiva com relação ao ato de doação de órgãos, visando não somente alcançar números com o aumento das doações, mas, sobretudo proporcionar a muitas outras pessoas beneficiadas o aumento de suas expectativas de vida.

A Resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 292 de 07 de Junho de 2004 no Capítulo 1 informa que um dos procedimentos realizados pelo profissional enfermeiro é durante a entrevista com a família e representante legal, é fornecer as informações sobre o processo de captação que inclui: o esclarecimento sobre o diagnóstico de morte encefálica; o anonimato da identidade do doador para a família do receptor e deste para a família do doador; os exames a serem realizados; a manutenção do corpo do doador em unidade de terapia intensiva - UTI; a transferência e procedimento cirúrgico para a retirada; auxílio funeral e a interrupção em qualquer fase deste processo por motivo de parada cardíaca; exames sorológicos positivos ou desistência familiar da doação.

Conforme Roza et al (2010), podemos identificar uma série de fatores de cunho sociorganizacionais que contribuem para a limitação no número de doadores, tais como: a ausência de identificação do potencial doador; a necessidade e realização do exame complementar confirmatório de ME; inadequada manutenção do potencial doador. Ainda, percebemos o desconhecimento por grande parte da população sobre o conceito de ME e de todo o processo de doação e transplante que, possivelmente, são fatores relevantes ao inexpressivo número de doações no Brasil.

As representações sociais que nortearam a decisão familiar de recusar a doação de órgãos estiveram amparadas na representação da assistência prestada ao seu familiar, na cultura da manutenção da integridade do corpo após a morte, além da não compreensão da morte encefálica como morte de fato. As ações do entorno social que influenciaram a recusa estiveram atreladas às opiniões contrárias de familiares, a religiosidade e ao despreparo dos profissionais de saúde no processo de doação (LIRA et al., 2012).

Segundo Morais e Morais (2012), o profissional de saúde deve atuar como educador, para modificar a opinião pública quanto aos conceitos errôneos, mas as

crenças desfavoráveis só poderão ser modificadas se os educadores estimularem a população a participar de debates sobre transplantes de órgãos e legislação.

Conforme Garcia e Pereira (2017) a educação para a população em geral pode ser realizada através de palestras seguidas de debates em diversas situações, como semana de prevenção de acidentes, feiras de saúde e outros eventos. As organizações não governamentais (ONGs) desempenham um papel preponderante nessa tarefa de fornecer informações precisas e desmistificar lendas e boatos. Além disso, são importantes as entrevistas em rádio e TV, assim notícias em sites confiáveis, como os de ONGs, Secretarias de Saúde, sociedades científicas e hospitais.

O enfermeiro é de suma importância nesse processo de informação, pois na maioria das vezes ele é quem faz a entrevista com os familiares e tem que estar preparado para fazer esse processo educativo, pois esta de frente com paciente e tem o dever de fornecer todas as informações sobre o processo de captação desde o esclarecimento de ME ate as etapas do procedimento cirúrgico.

6 CONCLUSÃO

O baixo nível de escolaridade e a desinformação da população podem gerar interpretações deturpadas a respeito da captação e do transplante de órgãos. Segundo os princípios da bioética, indivíduos mal informados sobre o tema em questão não são capazes de decidir conscientemente se desejam realizar a doação dos órgãos de seu ente falecido.

A pesquisa mostrou que os principais motivos de recusa a doação de órgãos pelos familiares foram: não compreensão no diagnóstico de ME, questões religiosas, família queria deixar o corpo íntegro, não sabiam do desejo do doador ou o doador era contrário a doação, medo da mutilação, falta de competência técnica da equipe, receio da demora na liberação do corpo, abordagem inadequada, fragilidade no sistema, alguns não informaram o motivo da recusa.

Cabe ressaltar o papel da enfermagem e a importância dos profissionais de enfermagem, pois eles estão continuamente próximos ao paciente e possuem um enfoque muito amplo de modo que providenciam o restabelecimento do paciente o mais breve e procurando aliviar o sofrimento do paciente o mais rápido quando possível.

O enfermeiro pode realizar ações com o objetivo de aumentar o número de Doadores além de ser responsável por realizar ações que visem a otimização da doação e captação de órgãos e tecidos para fins de transplantes desenvolvendo e participando de pesquisas relacionadas ao tema, proporcionar condições de aprimoramento e capacitação de profissionais e fornecendo assistência interdisciplinar no processo doação/transplante de órgãos e tecidos.

REFERENCIAS

ABTO, Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. **Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgão e Tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos.** São Paulo. 144p. 2009.

ANDRADE, Daniela Alves Pereira de. Aspectos bioéticos envolvidos na obtenção de órgãos para transplantes: a questão do mercado de órgãos. Pag. 1-64, Porto Alegre, 2015.

ARAUJO, Claudinei de; et al. O papel do profissional de enfermagem na doação de órgãos. **Revista Saúde em foco**, Ed. nº9, p533-551, 2017.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN 292/2004.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2922004_4328.html. Acesso em: 06 de agosto de 2018.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.480/97. Disponível em: WWW.portalmédico.org.br/resoluções/cfm/1480_1997.html. Acesso em: 22 de agosto de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Doação e Transplante de órgãos.** Disponível em: <http://www.portalms.saúde.gov.br>. Acesso em: 10 de Setembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil registra recorde de doadores de órgão, mas ainda é alta a recusa das famílias.** Disponível em: portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/29744-brasil-registra-recorde-de-orgao-mas-ainda-e-alta-a-recusa-das-familias. Acesso em: 24 de julho de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde do Brasil. Portaria SAS/MS no 221 de 01 de abril de 2002. **Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas de medicamentos excepcionais e de alto custo no SUS.** Diário Oficial da União; 2 abr.2002.

DALBEM, Giana Garcia; CAREGNATO, Rita Catalino Aquino. Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis.v. 19, nº4, p.728-735, out-dez 2010.

DANOSO, Miguir Teresinha Vieccelli; GONÇALVES, Vanessa Aramuni Meira da Silva; MATTOS, Selme Siqueira de. A família do paciente frente a doação de órgãos: uma revisão integrativa de literatura. **Rev. Enferm. Cent.-OesteMin.** V.3, nº1, p. 597-604, 2013.

FORTUNATO, Letícia Marques; et al. **Manual de doação e transplante.** Cap. 3, p. 19-29, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://www.santacasa.org.br/assets/images/content/unidades/manual-dos-transplantes-em-alta.pdf#page=19>. Acesso em: 05 de Outubro de 2018.

FURLAN, A. C.; PAIANO, D. B. Disposição de órgãos para fins de transplante ou tratamento. **Revista Intertemas** [on-line], v. 13, 2010. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/INTERTEMAS/article/viewFile/2617/2406>. Acesso em: 03 de setembro de 2018.

KLICKSTEIN, B. LOIYD; ARMSTRONG, EHRIN J. Transplante. **Farmacologia na imunossupressão**. Cap. 44. P. 742-757, 2015.

GARCIA, Clotilde Druck; GARCIA, Valter Duro; PEREIRA, Japão Dröse. **Manual de doação e transplantes**. P. 1 -220, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://docplayer.com.br/83158924-Manual-de-doacao-e-transplantes.html>. Acesso em: 29/10/2018.

GERLAIN, Ivo. O ensino da ética na enfermagem do estado de Santa Catarina. *Cogitare Enfermagem*. **Revista do Departamento de Enfermagem da UFPR**, v.3, n.2, jul/dez., 1998.

GOIS, Renata Santos Silva, et al. Efetividade do processo de doação de órgãos para transplantes. **Acta Paul Enferm**.v. 30, nº6, p. 621-627, Nov-dez 2017.

MENDES, KarinaDalSasso; et al. Transplante de órgãos e Tecidos: Responsabilidades do enfermeiro. **Texto contexto enferm**. Florianópolis, v.21, nº04 p945-953, out-dez 2012.

MORAES, Edvaldo Leal de; MASSAROLLO, Maria Cristina Kamatsu Braga. A Recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev. Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v. 16, nº 03, Maio-Junho 2008.

MORAES, Edvaldo Leal de; MASSAROLLO, Maria Cristina Kamatsu Braga. Recusa de Doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 22, nº 2, p131-135, 2009.

MORAIS, Taise Ribeiro; MORAIS, Maricelma Ribeiro. Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.36, nº95 p.633-639, out-dez 2012.

PESSOA, João LuisErbs; SCHIRMER, Janine; ROSA, Bartira de Aguiar. Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v.26, nº 4 p. 323-330, 2013,

PEGO-FERNANDES, Paulo Manuel; GARCIA, Valter Duro. Estado atual do Transplante no Brasil. **Diagn Tratamento**. São Paulo, v. 15, nº 2 p. 51-52, 2010. Presidência da República. Lei nº 9.434/97. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19434.htm. Acesso em: 14 de setembro de 2018.

REQUIA, Julia Cachafeiro; et al. O diagnóstico de morte encefálica. Cap 04, pag. 30-46. Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://www.santacasa.org.br/assets/images/content/unidades/manual-dos-transplantes-em-alta.pdf#page=19>, Acesso em: 15 de outubro de 2018.

ROCHA, Maria Isabel de Matos. Transplantes de órgãos entre vivos: as mazelas da nova lei. In: **Revista dos Tribunais**, São Paulo, v.742, p.67-80, ago. 1997.

ROSÁRIO, E. N. et al. Recusa **familiar diante de um potencial doador de órgãos**. Cad. Saúde Colet. Rio de Janeiro, v 21, nº 3, p. 260-266, 2013.

ROSA. Bartira de Aguiar, et al. Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo e nossa sociedade. **Acta Paul Enferm**. V 23 nº 3, p. 417-422, 2010.

SANTOS, Marcelo José dos; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. **Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v 13, nº3, p. 382 – 387, maio – jun. 2005.