

FACILITADORES E BARREIRAS NA EFETIVIDADE DA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS¹

Izaura Luzia Silvério Freire², Quinídia Lúcia Duarte de Almeida Quithé de Vasconcelos³, Gabriela de Sousa Martins Melo⁴, Gilson de Vasconcelos Torres⁵, Ednaldo Cavalcante de Araújo⁶, Francisco Arnaldo Nunes de Miranda⁷

¹Extraído da tese - Fatores associados a efetividade da doação de órgãos e tecidos para transplante. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), 2013.

²Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN. Professora da Escola de Enfermagem da UFRN. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: izaurafreire@hotmail.com.

³Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: quinidia@hotmail.com

⁴Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: gabrielasmm@hotmail.com

⁵Doutor em Enfermagem. Professor Titular do Departamento de Enfermagem e dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: gilsonvtorres@hotmail.com

⁶Doutor em Enfermagem. Professor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil. Email: reuol.ufpe@gmail.com

⁷Doutor em Enfermagem Psiquiátrica. Professor Associado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: farnoldo@gmail.com

RESUMO: Verificar a influência da estrutura e processo na efetividade da doação de órgãos e tecidos. Estudo avaliativo, longitudinal, com abordagem quantitativa, desenvolvido em seis hospitais de Natal-RN, com 65 potenciais doadores. O instrumento de coleta de dados constou de roteiro estruturado de observação não participante. Analisaram-se os dados pela estatística descritiva e aplicação dos testes Qui-quadrado, Fisher e Mann Whitney. A efetividade da doação foi 27,7%. Não ocorreu diferença significativa entre estrutura e efetividade da doação, porém, observaram-se inadequações nos recursos físicos (36,9%), materiais (30,8%), estrutura organizacional (29,2%) e recursos humanos (18,5%). No processo, as fases de manutenção ($p=0,004$), diagnóstico de morte encefálica ($p=0,032$), entrevista familiar ($p\leq 0,001$) e documentação ($p=0,001$) apresentaram diferença significativa com a efetividade. A adequação dos fatores relacionados à estrutura e processo está associada à efetividade da doação. A melhora desses índices depende da rapidez com que o processo se conduz, além da estrutura adequada.

DESCRIPTORIOS: Enfermagem. Avaliação de serviços de saúde. Efetividade. Obtenção de tecidos e órgãos.

FACILITATING ASPECTS AND BARRIERS IN THE EFFECTIVENESS OF DONATION OF ORGANS AND TISSUES

ABSTRACT: This study aims to ascertain the influence of the structure and process on the effectiveness of donation of organs and tissues. It is an evaluative, longitudinal study, with a quantitative approach, undertaken in six hospitals of Natal-RN, with 65 potential donors. The data collection instrument was a structured script of non-participant observation. The data were analyzed using descriptive statistics and the application of the Chi-squared, Fisher, and Mann Whitney tests. The effectiveness of donation was 27.7%. No significant difference occurred between structure and effectiveness of donation, however, inadequacies were observed in the physical resources (36.9%), material resources (30.8%), organizational structure (29.2%), and human resources (18.5%). In the process, the phases of maintenance ($p=0.004$), diagnosis of brain death ($p=0.032$), family interview ($p\leq 0.001$) and documentation ($p=0.001$) presented significant differences with effectiveness. The adequacy of the factors related to the structure and process is associated with the effectiveness of the donation. Improvement of these indices depends on the speed with which the process is conducted, in addition to the adequate structure.

DESCRIPTORES: Nursing. Health services evaluation. Effectiveness. Tissue and organ procurement.

FACILITADORES Y BARRERAS EN LA EFICACIA DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

RESUMEN: Verificar la influencia de la estructura y proceso en la efectividad de la donación de órganos y tejidos. Evaluación, estudio longitudinal con un enfoque cuantitativo, desarrolló en seis hospitales de Natal-RN, con 65 donantes potenciales. El instrumento de recolección consistió en la escritura estructurada de observación no participante. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva y la aplicación de Chi-cuadrado, Fisher y Mann Whitney. La eficacia de la donación fue 27,7%. No hubo diferencia significativa entre la estructura y la eficacia de la donación, pero había insuficiencias en recursos físicos (36,9%), materiales (30,8%), estructura organizativa (29,2%) y recursos humanos (18,5%). En el proceso, la fase de mantenimiento ($p=0,004$), el diagnóstico de muerte cerebral ($p=0,032$), entrevista familiar ($p\leq 0,001$) y documentación ($p=0,001$) mostraron una diferencia significativa con la efectividad. La adecuación de los factores relacionados con la estructura y el proceso de la efectividad se asocia con la donación. La mejora en los índices depende de la velocidad con la que el proceso se lleva a cabo, además de la estructura adecuada.

DESCRITORES: Enfermería. Evaluación de servicios de salud. Efectividad. Obtención de tejidos y órganos.

INTRODUÇÃO

Há mais de 40 anos o Brasil inseriu-se no cenário mundial dos transplantes, mas somente a partir dos anos 2000 essa atividade ganhou destaque nas políticas de saúde pública e o país se tornou um dos que mais destina recursos públicos a esse tratamento, proporcionalmente ao seu Produto Interno Bruto (PIB) e ao gasto com saúde.¹

Dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgão (ABTO) mostram que, em 2012, foram realizados 7.426 transplantes de órgãos sólidos. No entanto, no final desse mesmo ano, existiam 22.055 pacientes ativos em lista de espera para a realização do procedimento. Portanto, há desequilíbrio entre a oferta de órgãos e o número de pacientes que poderia se beneficiar com o tratamento.²

A estrutura organizacional, que abrange os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para doação e transplante de órgãos e tecidos no contexto do Sistema Único de Saúde, estabeleceu-se, em 1997, pela Lei n. 9.434 e Decreto n. 2.268, o Sistema Nacional de Transplante (SNT). Ele se desdobra pelas demais unidades da federação por meio das Centrais de Notificação Captação e Doação de Órgãos (CNCDOs). Integram também esse sistema as listas únicas de receptores, o cadastramento e autorização de hospitais transplantadores e das equipes especializadas, além dos critérios de financiamento.³⁻⁴

Quanto aos cuidados relacionados ao Potencial Doador (PD), estes devem desenvolver-se em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com infraestrutura apropriada, recursos humanos especializados, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia.⁵ Dessa forma, destaca-se a relevância da organização e planejamento dos serviços de saúde para que ocorra a efetividade da doação. Soma-se a isso a importância da avaliação, tanto pela possibilidade de identificar necessidades de intervenções capa-

zes de aumentar o número de doações, captações e a otimização do aproveitamento dos órgãos e tecidos, quanto pela verificação das dificuldades enfrentadas por tais práticas.⁶

Sobre a avaliação de qualidade em saúde, destaca-se o modelo sistêmico, desenvolvido com três dimensões. A “estrutura”, que abrange os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência à saúde. O “processo”, que envolve as atividades referentes aos profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos, e o “resultado”, que compreende o produto final da assistência prestada, considera saúde, satisfação de padrões e de expectativas.⁴

Destaca-se que, no Brasil, há escassez de pesquisas avaliativas na área de doação e transplante de órgãos. Somente um estudo versa sobre a temática, realizado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), em 2006, intitulado “Avaliação do programa de doação, captação e transplante de órgãos e tecidos”. O TCU realça a importância da avaliação, pois essa prática pode desaconselhar o emprego de técnicas que se demonstrarem equivocadas, com benefícios em termos de recursos públicos economizados, mas, principalmente, por proporcionar tratamento mais adequado aos pacientes.⁷⁻⁸

Insta salientar que as avaliações devem partir da definição do atributo que se avaliou como qualidade. Portanto, para este estudo, utilizou-se o termo “efetividade”, definido como o grau com que a assistência, os serviços e as ações atingem os resultados esperados.⁶ Desse modo, considerou-se como efetividade da doação se obter a doação e realizar-se o transplante do órgão/tecido doado.

Com respaldo nessas considerações questiona-se: qual a associação dos fatores relacionados à estrutura e processo que influenciam na efetividade da doação de órgãos e tecidos para transplantes?

Para verificar a efetividade do processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, pautado na pressuposição da existência de associação entre a estrutura e processo, formularam-se as seguintes hipóteses de pesquisa: H_0 - A adequação dos fatores relacionados à estrutura e processo não está associada à efetividade da doação de órgãos e tecidos para transplantes; e H_1 - A adequação dos fatores relacionados à estrutura e processo está associada à efetividade da doação de órgãos e tecidos para transplantes.

Nesse sentido, este estudo justifica-se ante a possibilidade de gerar conhecimento que auxilie no aperfeiçoamento das políticas públicas, com vistas a melhorar as estruturas necessárias para o atendimento ao PD, da formação dos profissionais de saúde e de programas educativos direcionados à população, com o intuito de diminuir a recusa familiar e aumentar o número dos transplantes.

Diante da necessidade e relevância de avaliar a efetividade da doação de órgãos e tecidos, elaborou-se o seguinte objetivo: verificar a influência da estrutura e processo na efetividade da doação de órgãos e tecidos.

MÉTODOS

Estudo avaliativo, longitudinal, com abordagem quantitativa, desenvolvido em seis unidades hospitalares de Natal-RN, credenciadas pelo SNT para retirada e transplante de órgãos e tecidos, bem como na CNCDO e Organização de Procura de Órgãos (OPO) do referido estado, no período de agosto de 2010 a fevereiro de 2011.

Das seis unidades hospitalares selecionadas para o estudo, três compõem a rede pública: Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel (HMWG), Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) e Hospital Deoclécio Marques de Lucena, e três a rede privada: Hospital e Maternidade Promater, Natal Hospital Center e Hospital Antônio Prudente.

Para seleção dos PDs adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: score 3 na Escala de Coma de Glasgow; causa do coma definido por tomografia computadorizada de crânio; e identificação pessoal e familiar que pudesse ser responsável por autorizar ou não a doação. Elegu-se como critérios de exclusão: comprovação de doenças transmissíveis, neoplasia e uso de drogas injetáveis detectadas antes da abertura do protocolo de ME; melhora do quadro neurológico; e recusa do familiar em participar do estudo.

Calculou-se a amostra probabilística sem reposição a partir da média anual dos PDs assistidos nos hospitais durante os anos de 2005 a 2009, sendo a média anual de 81,4. Para tanto, utilizou-se o cálculo para populações finitas,⁹ obtendo-se um n amostral de 67, PDs. Assim, foram incluídos 68 PDs, contudo três foram excluídos, um por estar sem identificação e dois por apresentarem melhora do quadro clínico e neurológico antes da abertura do protocolo de ME. Desta forma, incluiu-se para acompanhamento 65 PDs.

Elaborou-se especificamente o instrumento de coleta de dados para este estudo, com respaldo nos fundamentos preconizados pela literatura científica sobre o assunto.^{1,3-5,10-12} Trata-se de roteiro estruturado de observação não participante, tipo *checklist*, categorizado em Adequado ou Inadequado, composto pelas seguintes partes: dados de caracterização do PD; dados sobre a estrutura das instituições hospitalares onde internaram-se os PDs; e dados sobre o processo de doação de órgãos e tecidos.

Para efeito deste estudo, os parâmetros utilizados para a avaliação das adequações da estrutura e do processo estão apresentados na figura 1.

Iniciou-se a pesquisa após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, sob o n. 414/10 e CAAE 007.0.294.000-10. As informações foram coletadas diariamente com uso da técnica de observação sistemática não participante, e de documentos institucionais como livros de ocorrências e prontuário. Foi solicitado o consentimento do cônjuge ou parente até segundo grau do PD para participar do estudo, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Analísaram-se os dados por meio da estatística descritiva e eles foram apresentados em forma de tabelas e figuras. Para tanto, utilizou-se o Microsoft Excel 2007 e um *software* estatístico. Para verificar o nível de significância optou-se pela aplicação dos testes Qui-quadrado (χ^2) e Mann Whitney. Ressalta-se que, para as caselas menores que cinco, considerou-se o teste exato de Fisher. Adotou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Calculou-se também a Razão de Chance (RC) entre a efetividade ou não da doação.

Tratando-se das variáveis contínuas referentes a estrutura das unidades hospitalares segundo a efetividade da doação de órgãos e tecidos para transplante (recursos físicos, materiais, humanos e estrutura organizacional), foram utilizados os testes Qui-quadrado e Fisher. Para as variáveis contínuas relacionadas ao processo de doação

de órgãos e tecidos para transplante segundo a efetividade da doação (identificação e notificação, avaliação, manutenção, diagnóstico de morte encefálica, entrevista familiar e documentação de morte encefálica) utilizou-se os testes Qui-quadrado e Fisher, além da razão de chance. Para as variáveis contínuas relacionadas aos fatores

associados à efetividade da doação de órgãos e tecidos para transplante (estrutura e processo), foram utilizados os testes Qui-quadrado, Fisher, razão de chance e para comparar as médias das adequações da estrutura e do processo de doação de órgãos e tecidos em relação à efetividade da doação, foi utilizado o teste de Mann Whitney.

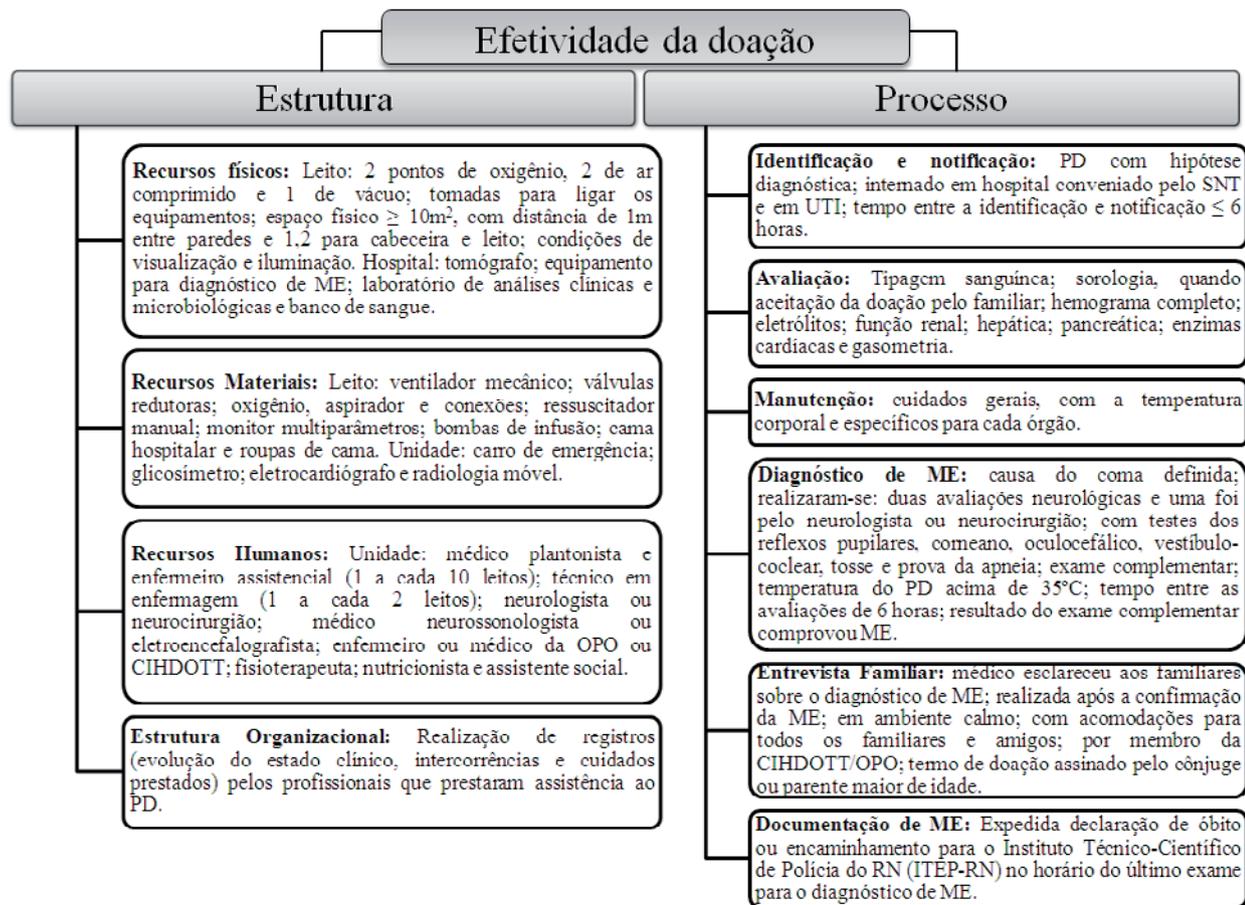


Figura 1 - Parâmetros de adequação utilizados para avaliação da estrutura dos hospitais e do processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. Natal-RN, 2013

RESULTADOS

A população estudada compôs-se de 65 PDs. Destes, a maioria era do sexo masculino (50,8%), com faixa etária até 45 anos (53,8%), média de idade de 42,3 anos, mínimo de 5 e máximo de 73 anos ($\pm 17,32$ anos). Solteiros/viúvos/divorciados (56,9%), com até o ensino fundamental (60,0%), em exercício de atividade profissional (86,2%) e residentes na região metropolitana de Natal (52,3%). Quanto à efetividade da doação, observou-se que 18 (27,7%) doaram órgãos sólidos, como rins (100,0%), fígado (44,4%) e coração (1,5%); 16 (88,9%) doaram tecidos (córneas). As causas da não efetividade da doação foram: recusa familiar (34,7%); não fechou o pro-

toloco para o diagnóstico de ME (24,6%); contraindicação médica (22,6%); e parada cardíaca (7,1%).

Apresentam-se, a seguir, os resultados referentes à avaliação da estrutura das unidades hospitalares, do processo de doação e dos fatores associados à efetividade da doação de órgãos e tecidos.

Avaliação da estrutura das unidades hospitalares

Sobre os dados relacionados à avaliação da estrutura das unidades hospitalares em que os PDs encontravam-se internados (Tabela 1), observa-se que os recursos físicos ou instalações encontra-

vam-se adequados na maior parte das instituições (63,1%). No entanto, os 36,9% dos recursos físicos considerados inadequados referiam-se ao espaço físico inadequado (40,0%), falta de condições de visualização (20,0%) e falta de tomadas para ligar os equipamentos elétricos (13,8%).

Nos recursos materiais imprescindíveis para

a assistência aos PDs observou-se maior percentual de adequações (69,2%). Todavia, as inadequações observadas (30,8%) tratavam-se da ausência da radiologia móvel (32,3%), equipamento para aferição de glicemia capilar (32,3%), cama hospitalar (32,3%), ressuscitador manual no leito do PD (30,8%), eletrocardiógrafo (30,8%), bombas de infusão (24,6%) e roupas de cama (16,9%).

Tabela 1 - Avaliação da estrutura das unidades hospitalares segundo a efetividade da doação. Natal-RN, Brasil, 2013

Estrutura das unidades hospitalares		Efetividade da doação						χ^2 P
		Doador		Não doador		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Recursos físicos	Adequado	12	18,5	29	44,6	41	63,1	0,711
	Inadequado	6	9,2	18	27,7	24	36,9	
Recursos materiais	Adequado	13	20,0	32	49,2	45	69,2	0,746
	Inadequado	5	7,7	15	23,1	20	30,8	
Recursos humanos	Adequado	14	21,5	39	60,0	53	81,5	0,436*
	Inadequado	4	6,2	8	12,3	12	18,5	
Estrutura organizacional	Adequado	13	20,0	33	50,8	46	70,8	0,873
	Inadequado	5	7,7	14	21,5	19	29,2	

Nota:*Teste exato de Fisher.

Quanto aos recursos humanos, as inadequações (18,5%) se deveram à falta de técnicos em enfermagem (53,3%) e enfermeiros assistenciais necessários para a demanda de pacientes (32,3%), assim como de nutricionista (24,6%) e fisioterapeuta (20,0%).

Na estrutura organizacional observaram-se 70,8% de adequações. Entretanto, merecem destaque as inadequações referentes à falta de registros da evolução do estado clínico, intercorrências e cuidados prestados pela equipe de saúde ao PD (29,2%).

Salienta-se que não foi verificada diferença

estatisticamente significativa, ao nível de 5%, entre a estrutura e a efetividade da doação.

Avaliação do processo de doação de órgãos e tecidos

Na avaliação das fases que compõem o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante (Tabela 2), verificou-se que a identificação e notificação estavam adequadas em 64,6% das vezes. Não obstante, a inadequação (35,4%) ressaltada nessas fases, relaciona-se ao setor de internação, onde 35,4% dos PDs encontravam-se internados na emergência.

Tabela 2 - Avaliação do processo de doação de órgãos e tecidos segundo a efetividade da doação. Natal-RN, Brasil, 2013

Processo de doação		Efetividade da doação						χ^2 P	RC
		Doador		Não doador		Total			
		n	%	n	%	n	%		
Identificação e notificação	Adequado	12	18,5	30	46,2	42	64,6	0,831	-
	Inadequado	6	9,2	17	26,2	23	35,4		
Avaliação	Adequado	10	15,4	21	40,0	31	52,3	0,986	-
	Inadequado	8	12,3	26	32,3	34	47,7		
Manutenção	Adequado	12	18,5	13	20,0	25	38,5	0,004	1,6
	Inadequado	6	9,2	34	52,3	40	61,5		

Diagnóstico de morte encefálica	Adequado	11	16,9	15	23,1	26	40,0	0,032	1,4
	Inadequado	7	10,8	32	49,2	39	60,0		
Entrevista familiar	Adequado	17	26,2	17	26,2	34	52,4	≤0,001*	1,9
	Inadequado	1	1,4	30	46,2	31	47,6		
Documentação de morte encefálica	Adequado	5	7,7	1	1,5	6	9,2	≤0,001*	11,5
	Inadequado	13	20,0	46	70,8	59	90,8		

Nota: *Teste exato de Fisher.

Sobre a avaliação do PD, constatou-se que em 52,3% realizaram-se todos os exames laboratoriais necessários para a avaliação da função dos seus órgãos. Nessa fase, as principais inadequações se relacionaram à não realização de exames para avaliação diária das funções pancreática (36,9%), cardíaca (24,6%) e hepática (16,9%).

Observou-se que os cuidados indispensáveis para a manutenção dos órgãos e tecidos não foram realizados adequadamente em 61,5% dos PDs; o maior percentual de inadequações estava associado à falta de cuidados para a manutenção da temperatura corporal (52,3%).

Quanto ao diagnóstico de ME, verificaram-se inadequações em 60,0% dos casos. Estas se deviam, sobretudo, à não realização das duas avaliações neurológicas (24,6%); não realização do exame complementar (21,5%); e temperatura subnormal (16,9%). Ressalta-se que, das 49 avaliações realizadas, em 62,4% dos PDs não foram testados todos os reflexos para avaliar o comprometimento do tronco encefálico; o tempo entre as avaliações foi acima de 6 horas (55,1%); e o resultado do exame complementar não comprovou a ME (7,8%).

No tocante à entrevista familiar, observaram-se inadequações em 47,6%. Estas ocorreram devido à não realização da entrevista (43,1%), e médico intensivista que não esclareceu adequadamente as

dúvidas sobre a evolução do tratamento e estado atual do paciente, incluindo o diagnóstico de ME (10,8%).

Por último, foi constatado que a documentação de ME realizou-se de forma inadequada em 90,8%. Essa inadequação ocorreu devido à falta de preenchimento da declaração de óbito ou encaminhamento para o Instituto Técnico-Científico de Polícia do RN (ITEP-RN) logo após a realização do último exame, fosse o neurológico ou o complementar, com o horário deste.

Esses achados mostram diferença estatisticamente significativa entre as fases do processo de doação referentes à manutenção ($p=0,004$; $RC=1,6$), diagnóstico de ME ($p=0,032$; $RC=1,4$), entrevista familiar ($p\leq 0,001$; $RC=1,9$) e documentação de ME ($p\leq 0,001$; $RC=11,5$) com a efetividade da doação.

Fatores associados à efetividade da doação de órgãos e tecidos

Quanto aos fatores associados à efetividade da doação, se observou que a estrutura das unidades hospitalares estava adequada na maior parte das internações dos PD (63,1%). No entanto, comprovou-se que o processo não se desenvolveu de forma adequada na maioria das vezes (89,2%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Fatores associados à efetividade da doação de órgãos e tecidos para transplante. Natal-RN, Brasil, 2013

Fatores		Efetividade da doação						χ^2 P	RC
		Doador		Não doador		Total			
		n	%	n	%	n	%		
Estrutura	Adequado	12	18,5	29	44,6	41	63,1	0,711	-
	Inadequado	6	9,2	18	27,7	24	36,9		
Processo	Adequado	6	9,2	1	1,5	7	10,8	0,001*	5,5
	Inadequado	12	18,5	46	70,5	58	89,2		

Nota: *Teste exato de Fisher.

Avalia-se, desse modo, que houve diferença estatisticamente significativa entre o processo e a efetividade da doação ($p=0,001$; $RC=5,5$).

Ao comparar as médias das adequações da estrutura e do processo de doação de órgãos e tecidos em relação à efetividade da doação (Fi-

gura 2), através da aplicação do teste de Mann Whitney, pôde-se verificar que houve maior quantidade de adequações da estrutura e do

processo entre os que tiveram a doação efetivada, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,008$).

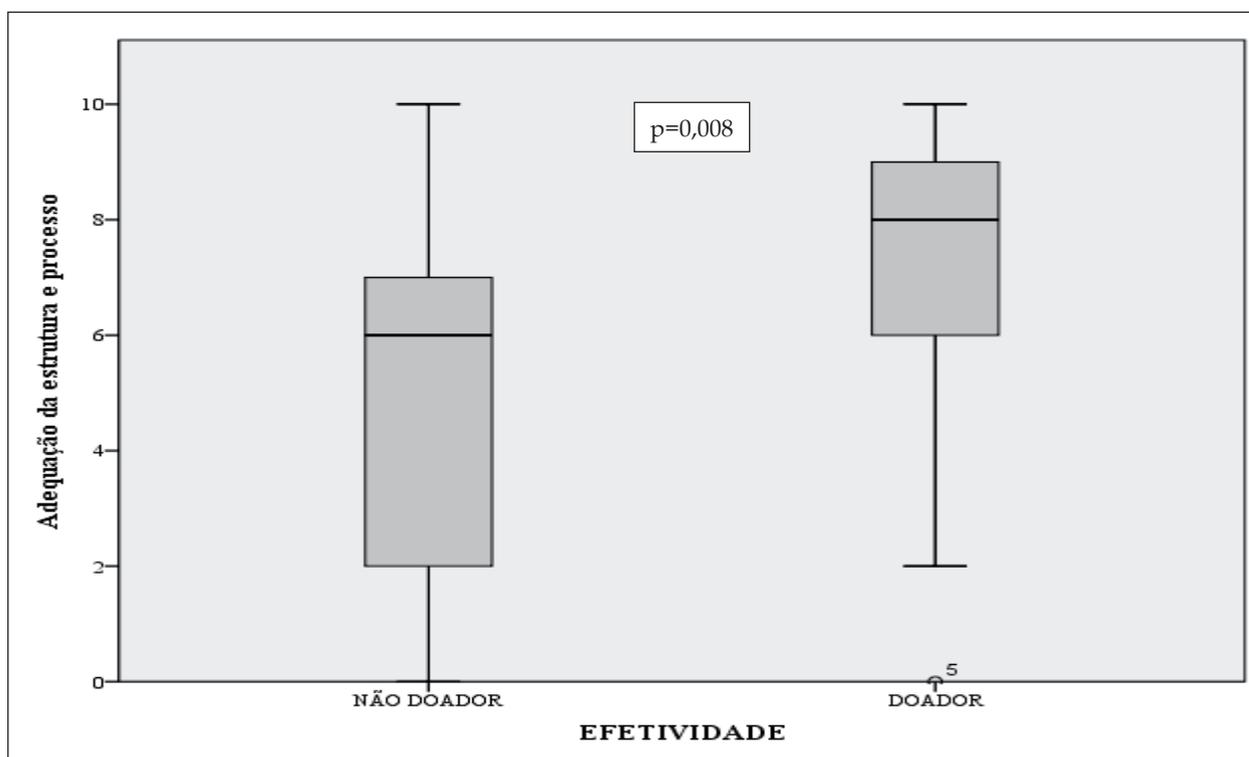


Figura 2 - Adequações da estrutura e do processo de doação de órgãos e tecidos segundo a efetividade da doação. Natal-RN, Brasil, 2013

DISCUSSÃO

O perfil sócio demográfico dos participantes se assemelha a outras pesquisas realizadas no Brasil, onde se observa maior proporção de PDs do sexo masculino, em idade economicamente ativa, solteiros, com baixa escolaridade, em exercício de atividade profissional e procedentes de região metropolitana. A maioria não efetivou a doação, o órgão mais doado foi o rim e a causa mais frequente da não doação foi a recusa familiar.^{8,13}

Sobre os fatores avaliados, chama-se a atenção para a pouca e insuficiente padronização de estrutura adequada para a assistência ao PD de órgãos e tecidos, assim como das condutas e práticas clínicas realizadas no desenvolvimento do processo de doação. Esses requisitos podem ter interferido na efetividade da doação.

Salienta-se que, apesar de não ter havido diferença estatisticamente significativa entre a estrutura e a efetividade da doação, observou-se que 36,9% dos PDs foram mantidos em condições

inadequadas de assistência. Somam-se, ainda, a falta de recursos humanos para atender à demanda de pacientes e de registros adequados sobre a evolução do estado clínico, intercorrências e cuidados prestados ao PD.

Inferese-se que a falta desses componentes interfere no processo de cuidar e gera frustração entre os profissionais que executam a assistência. O que se observa é que, ante a inadequação de recursos físicos, materiais e humanos, os profissionais acabam por fazer o melhor que podem, mas isso culmina em prejuízo para a qualidade do cuidar.¹⁴⁻¹⁵

Sabe-se que nem sempre é possível proporcionar o melhor atendimento, mas a estrutura para a assistência ao PD envolve pessoal em número suficiente e treinado para fornecer a assistência específica e observação contínua, planta física elaborada com equipamentos especiais e organização administrativa preocupada em manter padrões de assistência e programas de educação permanente.^{5,14-15}

Somando-se a essa realidade, estudo realizado sobre o significado da morte e do morrer para enfermeiros que trabalham no processo de doação denuncia a situação precária em que se encontra o sistema de saúde e a falta de condições para oferecer atendimento adequado ao PD, com reflexos sobre a não doação. Outro estudo mostra que os problemas de estrutura impedem que 5 a 10% dos PDs efetivem a doação. Dessa forma, torna-se imprescindível que haja melhora das estruturas hospitalares para que ocorra a efetividade da doação.^{11,15}

Identificou-se que as fases do processo de doação não foram executadas adequadamente na maior parte dos PDs. Salienta-se que o conhecimento e o domínio desse processo e a execução apropriada de suas etapas possibilitam a obtenção de órgãos e tecidos com segurança e qualidade, a fim de serem disponibilizados para a realização dos transplantes.¹ Assim, observa-se diferença estatisticamente significativa entre as fases de manutenção do PD, diagnóstico de ME, entrevista familiar, documentação de ME com a efetividade da doação.

A respeito da manutenção, estudos mostram que poucos PDs são manuseados de forma ótima pela equipe responsável. Esse fato ocorre porque poucas cidades do país têm condições efetivas de lidar com o PD de órgãos e tecidos devido ao volume de pacientes comparado ao baixo número de profissionais e falta de leitos de UTI, acrescidos da falta de conhecimento e da devida valorização dos benefícios da doação e transplante.¹¹⁻¹²

Tais fatos ficam evidenciados pela ausência quase absoluta da sistematização do atendimento ao PD de múltiplos órgãos. Trata-se de algo que excede a esfera técnica, humanitária e de cidadania de todos os atores envolvidos na manutenção desse paciente. Portanto, a padronização e a celeridade desses procedimentos associam-se ao aumento do número e da qualidade dos órgãos transplantados, à diminuição de perda de doadores e ao aumento da sobrevivência pós-transplante.¹²

Sobre o diagnóstico de ME, as consequências que podem advir da não realização dos exames neurológicos ou da realização incorreta desses exames são preocupantes tanto para os profissionais de saúde quanto para população, visto que interferem no andamento do processo, geram dúvidas sobre o conceito de ME, além de expectativas errôneas sobre o estado clínico do paciente.

Sabe-se que o diagnóstico de ME representa barreiras para a notificação de doadores por parte das UTIs e setores de emergência. Há médicos que não se sentem à vontade para realizar esse diag-

nóstico e alegam controvérsias quanto aos testes para ME, falta de suporte técnico necessário para realização dos exames suplementares necessários, além da responsabilidade legal que recai sobre esse diagnóstico.¹⁶⁻¹⁷

Ainda sobre o diagnóstico de ME, pesquisa realizada com médicos intensivistas em Porto Alegre mostrou que 16% dos médicos desconheciam o conceito de ME, 29% não foram capazes de determinar a que horas o encéfalo parou de funcionar, e 53% se sentiam inseguros para explicar para a família o significado desse evento. Portanto, o conceito da ME encontra resistência não só na população, mas também entre os profissionais de saúde que assistem o PD, e isso representa obstáculo na autorização da doação por grande parte das famílias.¹⁶⁻¹⁷

Quanto à documentação de ME, salienta-se que os médicos continuam preenchendo o atestado de óbito ou encaminhamento para o ITEP-RN somente após a parada cardíaca. Verifica-se esse fato por ser alta a prevalência de intensivistas que acreditam que o horário da retirada de órgãos é o horário do óbito do doador. Se assim fosse, estariam violando o axioma ético básico da retirada de órgãos vitais, a regra do doador morto, negando que ME significa morte, infringindo a lei brasileira de transplantes de órgãos.¹⁷

Verificou-se que, dentre os fatores associados à efetividade da doação, o processo foi o que apresentou os maiores problemas, contribuindo para a efetividade de 27,7% de doações, índice compatível com o do Brasil que, em 2011, obteve 2.019 (27,9%) ou 10,6 doadores efetivos por milhão de população (pmp) de 7.238 PDs. No entanto, essas taxas estão bem abaixo de alguns estados brasileiros, como Santa Catarina (25,1pmp), São Paulo (19,2pmp) e Ceará (16,6pmp). Além disso, também estão aquém de índices internacionais, como a Espanha (35,3pmp), referência mundial em doações e transplantes de órgãos e tecidos, Sérvia (34,4pmp), Canadá (34,5pmp) e inclusive de países da América Latina e Caribe, como Uruguai (20,0pmp), Argentina (14,9pmp) e Porto Rico (11,3pmp).²

Desse modo, depreende-se a necessidade da conjunção de fatores para que o número efetivo de doações e transplante aumente. Dentre eles, destaca-se a necessidade de melhorar as estruturas dos hospitais que apresentam maior número de notificações de ME com recursos materiais e tecnológicos necessários para a manutenção de PDs e para a realização, com segurança, dos diagnósticos de ME, conforme previsto na legislação. Além do

planejamento de capacitações, com vistas a suprir as carências existentes tanto no diagnóstico de ME quanto na assistência ao PD e seus familiares.⁷

Durante o processo de investigação, um fato relevante verificado chamou a atenção. Trata-se da disponibilidade de todos os familiares dos PDs e de alguns profissionais em permitir que se fizessem as observações sem quaisquer objeções ou restrições. Classificou-se como limitação deste estudo a falta de dados no instrumento que contemplassem as causas da recusa familiar e, desse modo, se pudesse verificar se a falta de estrutura adequada em 36,9% das internações e o desenvolvimento do processo de forma inadequada em 78,5% das vezes contribuíram para a negativa da doação de 46,0% dos familiares entrevistados.

CONCLUSÃO

Dos 65 PDs identificados e notificados, em 27,7% efetivou-se a doação de órgãos e tecidos. Dentre os fatores associados à efetividade da doação que contribuíram para esse baixo índice, destacam-se as condições inadequadas de estrutura para assistência ao PD, com recursos físicos e materiais insuficientes. Além da falta de recursos humanos para atender à demanda de pacientes e de registros adequados sobre a evolução do estado clínico, intercorrências e cuidados prestados.

Ressalta-se que o processo contribui de forma ainda mais significativa para a baixa efetividade, especificamente, as fases de diagnóstico de ME, manutenção do PD, entrevista familiar e documentação de ME. O índice de doação obtido foi compatível com o do Brasil, porém, bem abaixo de alguns estados brasileiros, e mais aquém de índices internacionais, como a Espanha, referência mundial em doações e transplantes de órgãos e tecidos, e até de países da América Latina e Caribe.

Por conseguinte, entende-se que a efetividade da doação de órgãos e tecidos depende da rapidez e precisão com que o processo de doação se conduz e, para que isso ocorra, necessita-se de estrutura adequada, com recursos físicos e materiais apropriados e recursos humanos capacitados, a fim de contribuir para a diminuição do tempo e do sofrimento para aqueles que aguardam um órgão ou tecido na fila do transplante no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Pereira AW, Fernandes RC, Soler RC. Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da associação brasileira de transplantes de órgãos. ABTO [online]. 2009 [acesso 2012 Fev 20]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/pdf/livro.pdf>
2. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Registro Brasileiro de Transplantes. São Paulo (SP); 2012.
3. Brasil, lei n. 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento". Brasília (DF), 2001.
4. Donabedian A. Avaliação na assistência à saúde. São Paulo (SP): Proaha; 1992.
5. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília (DF), 2010.
6. Proadess [Internet]. Avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro: indicadores para monitoramento. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2012. Disponível em: http://www.proadess.icict.fiocruz.br/Relatorio_Proadess_08-10-2012.pdf
7. Tribunal da Conta da União (BR). Relatório de avaliação de programa doação, captação e transplante de órgãos e tecidos. Brasília (DF): TCU, Secretaria de Fiscalização de Programas de Governo; 2006. 46p.
8. Mendes KDS, Roza BA, Barbosa SFF, Schirmer J, Galvão CM. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidade do enfermeiro. Texto Contexto Enferm. 2012 Out-Dez. 21(4):945-53.
9. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo (SP): Atlas, 1994.
10. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM n. 1.480/1997. Critérios para diagnóstico de morte encefálica. Brasília (DF): CFM; 1997.
11. Guetti NR, Marques IR. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. Rev Bras Enferm. [online]. 2008 [acesso 2012 Set 18]; 61(1):91-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/14.pdf>
12. Westphal GA, Filho MC, Vieira KD, Zaclikevis VR, Bartz MCM, Wanzuita R, et al. Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador falecido. Parte I. Aspectos gerais e suporte hemodinâmico. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2011 [acesso 2012 Nov 01]; 23(3):255-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n3/v23n3a03.pdf>
13. Noronha MGO, Seter GB, Perini LD, Salles FMO, Nogara MAS. Estudo do perfil dos doadores elegíveis de órgãos e tecidos e motivos da não doação no Hospital Santa Isabel em Blumenau, SC. Rev AMRIGS. 2012 Jul-Set. 56(3):199-203.

14. 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 Eletr Enf* [online]. 2012 [acesso 2012 Abr 20]; 14(4):903-12. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a19.htm>
15. Lima AAF, Silva MJP, Pereira LL. Sofrimento e contradição: o significado da morte e do morrer para enfermeiros que trabalham no processo de doação de órgãos para transplante. *Enferm Global* [online]. 2009 [acesso 2014 Fev 03]; 15(1):1-17. http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/pt_clinica1.pdf
16. Schein AE, Carvalho PR, Rocha TS, Guedes RR, Moschetti L, Salvia JC, et al. Avaliação do conhecimento de intensivistas sobre morte encefálica. *Rev Bras Ter intensiva* [Internet]. 2008 [acesso 2012 Dez 03]; 20(2):144-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n2/05.pdf>
17. Morato EG. Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização. *Rev Med Minas Gerais* [Internet]. 2009 [acesso 2012 Dez 03]; 19(3):227-36. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/view/164/147>

Correspondência: Izaura Luzia Silvério Freire
Rua São João, 1233, ap. 601, bloco A
59022-390 – Natal, RN, Brasil
E-mail: izaurafreire@hotmail.com

Recebido: 02 de setembro de 2013
Aprovado: 24 de janeiro de 2014