

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

Izaura Luzia Silvério Freire<sup>1</sup>  
Quinidia Lúcia Duarte de Almeida Quithé de Vasconcelos<sup>2</sup>  
Rhayssa de Oliveira e Araújo<sup>3</sup>  
Gabriela de Sousa Martins Melo<sup>4</sup>  
Isabelle Katherinne Fernandes Costa<sup>5</sup>  
Gilson de Vasconcelos Torres<sup>6</sup>

Doi: 10.5902/2179769210998

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Descriptor:** Donantes de tejidos; Obtección de tejidos y órganos; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

No mundo, existem 87 protocolos para o diagnóstico de ME e na maioria dos países eles se respaldam em leis ou decretos específicos. Nunca se demonstrou ou relatou um único caso de recuperação de qualquer função cortical e/ou do tronco cerebral após o diagnóstico de ME utilizando os critérios da AAN de 1995.<sup>3-4</sup>

No Brasil, a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) n° 1.480/97<sup>1</sup> definiu o conceito de ME, atendendo ao disposto pela Lei brasileira de transplante n° 9.434/97<sup>6</sup>. O diagnóstico segue quase que completamente as diretrizes firmadas pela AAN, com exceção de que, no Brasil, há obrigatoriedade da realização de um exame complementar.<sup>1,3-5</sup>

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

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

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

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

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

## MÉTODO

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

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

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

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

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

## RESULTADOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## DISCUSSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## CONCLUSÃO

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

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

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



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

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

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

## REFERÊNCIAS

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

11. Ferazzo S, Vargas MAO, Mancia JR, Ramos FRS. Crença religiosa e doação de órgãos e tecidos: revisão integrativa da literatura. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2011 [acesso em 2013 jul 19];1(3):449-60. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2790/2410>.
12. Moraes EL, Silva LBB, Moraes TC, Paixão NCS, Izumi NMS, Guarino AJ. O perfil de potenciais doadores de órgãos e tecidos. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2009 [acesso em 2013 jul 23];17(5):716-20. Disponível em:[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/pt\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/pt_19.pdf).
13. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009 [acesso em 2013 jul 23];25(7):1439-54. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/02.pdf>.
14. Noronha MGO, Seter GB, Perini LD, Salles FMO, Nogara MAS. Estudo do perfil dos doadores elegíveis de órgãos e tecidos e motivos da não doação no Hospital Santa Isabel em Blumenau, SC. Rev AMRIGS. 2012;56(3):199-203.
15. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 10.211/2001, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento". Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2001 mar 24. p. 6 (edição extra).
16. Dalbem GG, Caregnato RCA. Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. Texto & Contexto Enferm [Internet]. 2010 [acesso em 2013 jul 23];19(4):728-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/16.pdf>.
17. Freitas ICM, Moraes SA. Dependência de álcool e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011 [acesso em 2013 jul 20];27(10):2021-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n10/15.pdf>.
18. Bortoluzzi MC, Kehrig RT, Loguercio AD, Traebert JL. Prevalência e perfil dos usuários de tabaco de população adulta em cidade do Sul do Brasil (Joaçaba, SC). Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2011 [acesso em 2013 jul 23];16(3):1953-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300029>.
19. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Relatório da OMS sobre a epidemia global de tabagismo, 2008: Pacote MPOWE [Internet]. Rio de Janeiro; 2008 fev 29 [acesso em 2013 jul 23]. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS\\_relatorio.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS_relatorio.pdf).
20. Santos JAT, Oliveira MLF. Implantação de ações para enfrentamento do consumo de drogas na atenção primária à saúde. Cogitare Enferm. 2013;18(1):21-8.

Data de recebimento: 16/10/2013

Data de aceite: 06/01/2014

Contato com autor responsável: Izaura Luzia Silvério Freire

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

E-mail: [izaurafreire@hotmail.com](mailto:izaurafreire@hotmail.com)