

PERFIL DE FAMÍLIAS ABORDADAS PARA A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS DO FILHO¹

THE PROFILE OF THE FAMILIES WHO GO THROUGH THE DECISION-MAKING PROCESS OF DONATING THEIR CHILD'S ORGAN

PERFIL DE LAS FAMILIAS SONDEADAS CON RESPECTO A LA DONACIÓN DE ÓRGANOS DEL HIJO

FERNANDA PERUCHI²

REGINA SZYLIT BOUSSO³

O objetivo deste estudo foi conhecer o perfil das famílias que passam pelo processo de decisão da doação de órgãos de um filho. Os dados foram coletados através dos prontuários da OPO e analisados estatisticamente pelo Teste de Qui-quadrado. Os resultados obtidos foram: predominância de não doadores (65%), maior frequência de óbitos por causas violentas (62%), predomínio de adolescentes (52%), tempo médio de internação, entre os doadores, 7 dias e 4 dias entre os não doadores e maior frequência na abordagem conjunta dos pais (25%) durante a entrevista realizada pela OPO. A limitação desse estudo foi a ausência de dados nos prontuários que diziam respeito à religião, renda familiar, escolaridade e ocupação dos pais.

PALAVRAS-CHAVE: Morte encefálica; Doadores de tecidos; Família; Obtenção de tecidos e órgãos.

The aim of this study was to describe the profile of the families who go through the decision-making process of organ donation of their child. Data collection was made through the analysis of the handbooks from the Organ Procurement Organization (OPO) and statistically analyzed using the Qui-square test. The results show a predominance of non-donors (65%), greater frequency of deaths for violent causes (62%), predominance of adolescents (52%), average time of hospitalization of 7 days between the donors, and 4 days between the non-donors, and greater frequency of both parents approach (25%) during the interview with the OPO members. The limitations of this study included the absence of data in the handbooks regarding religion, family income, school level and parents' occupation.

KEYWORDS: Brain death; Tissue donors; Family; Tissue and organ procurement.

El objetivo de este estudio fue conocer el perfil de las familias que pasan por el proceso de decisión de donación de los órganos de un hijo. La recolección de datos se hizo a través de las fichas médicas de la OPO (organización de búsqueda de órganos) y se analizaron estadísticamente usando el Test de Qui-cuadrado. Los resultados obtenidos fueron: predominio de no donantes (un 65%), mayor frecuencia de óbitos por causas violentas (un 62%), predominio de adolescentes (un 52%), tiempo promedio de internación, entre los donantes 7 días y 4 días entre los no donantes, y mayor frecuencia en el sondeo conjunto de los padres (un 25%) durante la entrevista realizada por la OPO. La limitación de este estudio fue causada por la ausencia de datos en las fichas médicas referentes a la religión, renta familiar, escolaridad y ocupación de los padres.

PALABRAS CLAVE: Muerte encefálica; Donadores de tejido; Familia; Obtención de tejidos y órganos.

¹ Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

² Enfermeira. Aluna do Curso de Aprimoramento em Cardiologia do Instituto do Coração – Hospital das Clínicas da USP. Ex-bolsista de Iniciação Científica do CNPq. nandaperuchi@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Professora Livre-docente da Escola de Enfermagem da USP. szylit@usp.br

INTRODUÇÃO

O primeiro transplante de órgão sólido realizado no Brasil ocorreu em 1965, em São Paulo, quando foi transplantado um rim. Desde então, muito se evoluiu, sobretudo a partir da década de 1980 e mais acentuadamente, na década de 1990, visto que o conhecimento do mundo globalizado atinge o país e dota alguns centros de recursos humanos, materiais e tecnológicos, possibilitando a realização de diversos tipos de transplantes de órgãos e tecidos, como: coração, fígado, pulmão, pâncreas, rins, córneas, pele, veia, osso e tendão.

Os avanços científicos, tecnológicos, organizacionais e administrativos têm colaborado para o aumento expressivo do número de transplantes, embora ainda insuficiente face à enorme demanda acumulada de órgãos. Nos Estados Unidos da América (EUA), 86,5% das famílias, cujos pacientes são elegíveis para a doação de órgãos e que são questionadas, apenas 47,3% dão o consentimento. Esta estatística em nosso país é ainda mais crítica¹.

Em países desenvolvidos, são obtidos de 20 a 40 doadores por milhão de habitantes por ano. No Brasil, a taxa alcançada é de 3,7 doadores por milhão de habitantes por ano. Estima-se que até 100 pacientes por ano, em cada milhão de habitantes, evoluem para morte encefálica em consequência de acidentes ou de hemorragia intracerebral. No entanto, o consentimento da família dos pacientes considerados doadores em potencial, atualmente, é a maior limitação para o sucesso de transplantes de órgãos².

O Registro Brasileiro de Transplantes mostra que só no Estado de São Paulo, no primeiro semestre de 2003, foram notificados 766 potenciais doadores, equivalente a 41,4 potenciais doadores por milhão de habitantes por ano. Desses, 149 (19,5%) tornaram-se doadores efetivos e 617 (80,5%) não doadores. Dentre as causas da não efetivação da doação, evidencia-se que em 261 (42,3%) não houve autorização familiar, em 191 (31%) houve contra-indicação médica e em 165 (26,7%) outras causas não especificadas. A negativa de doação, em 20% a 60% dos casos, é uma das principais barreiras ao aumento do número de transplantes³.

Observa-se que entre os motivos mais frequentes alegados pela família para recusar a doação estão: oposição

da pessoa em vida, apego emocional ao corpo, não aceitação do diagnóstico de morte encefálica, ansiedade perante a morte, incapacidade de tomar decisão, receio de mutilação do corpo e insensibilidade dos profissionais de saúde na hospitalização⁴.

A Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo define o processo de doação como o conjunto de ações e procedimentos que conseguem transformar um potencial doador em doador efetivo⁵.

A 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, criou o Sistema Nacional de Transplante (SNT) e para cada Estado brasileiro, uma Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), que é uma unidade executiva das atividades do SNT e cuja incumbência principal é coordenar as atividades de transplante no âmbito estadual⁶.

O processo de identificação e efetivação de potenciais doadores foi descentralizado com a criação das Organizações de Procura de Órgãos (OPOs), que são entidades sem fins lucrativos que objetivam detectar potenciais doadores nos hospitais de sua área territorial de atuação. Assim, no Estado de São Paulo, foram constituídas duas CNCDOs, uma na capital e outra no interior.

A mesma Lei nº 9.434, também, tornou obrigatório para todos os estabelecimentos de saúde, informar à CNCDO, em caráter de urgência, a verificação de morte encefálica em suas dependências. Após a comunicação da existência de um paciente em morte encefálica à CNCDO, a notificação é repassada a uma OPO⁶.

Assim, a OPO responsável faz contato com o hospital notificador para obter dados referentes ao paciente, confirmando ou não a sua condição de potencial doador. Considera-se potencial doador, o paciente com diagnóstico de morte encefálica, no qual tenham sido descartadas contra-indicações clínicas que representem riscos aos receptores dos órgãos⁵.

Após a confirmação do diagnóstico de morte encefálica, normalmente, no momento em que a família experiencia um desajuste emocional, o processo de doação de órgãos, propriamente dito, tem início. Nessa ocasião, os coordenadores de transplante, sobretudo os enfermeiros que trabalham nas OPOs, fazem a avaliação do poten-

cial doador e, se viável, realizam a entrevista familiar quanto à doação.

No contexto do processo doação/transplante, segundo a Lei nº 10.211 de 23 de março de 2001, que altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, a retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de crianças falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização dos pais ou outro parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte⁷.

Esta etapa do consentimento é muito importante, pois permite ou impossibilita a continuidade do processo. Nos casos em que a família tem dúvidas, é preciso aguardar a decisão, mas, caso ocorra a manifestação de vontade da família em doar os órgãos da criança falecida, o coordenador de transplante remove, se necessário, o potencial doador para um hospital que tenha condições para realizar os exames e confirmar a morte encefálica.

A abordagem da família é uma das etapas mais delicadas enfrentada pelo enfermeiro. É sempre solicitado ao médico responsável que esclareça antes à família a condição clínica da criança e o diagnóstico de morte encefálica. Muitas vezes, quando a equipe da OPO chega ao hospital, os familiares estão sendo informados naquele momento da irreversibilidade do quadro neurológico, portanto, apresentam as mais diferenciadas reações, como desespero, choro compulsivo, sentimentos de profunda tristeza, revolta, mágoa, raiva, crença que haverá reversão da situação e, até mesmo, aceitação da perda. Desse modo, o enfermeiro reúne todos os familiares, de preferência em um local reservado, identifica-se, investiga o quanto sabem do quadro do paciente e esclarece o motivo porque foram chamados ao hospital, começando a falar da condição da criança como um potencial doador, permitindo que a família expresse seus sentimentos, inseguranças, dúvidas, colocando-se pronto a ouvi-los. Conforme a abordagem progride, todo o processo relacionado à doação é esclarecido quanto aos aspectos legais, à manutenção, à necessidade de transferência para outro serviço, onde serão feitos exames, confirmação gráfica de morte encefálica, retirada dos órgãos, condição do corpo após retirada dos órgãos doados, liberação do corpo e demais orientações⁸.

Sendo assim, o profissional que faz a abordagem para a realização da entrevista familiar deve estar preparado para desenvolver tal tarefa, apresentando vasto conhecimento sobre o processo doação/transplante, bem como habilidade e destreza para atuar nessa situação. Para que a família possa optar ou não pela doação, o profissional deve agir de forma próxima à família, não deixando transparecer uma posição autoritária e, sim, explanando de forma clara e objetiva a possibilidade da doação de órgãos, não coagindo ou manipulando e colocando-se à disposição da família para os esclarecimentos necessários⁹.

Desta forma, os coordenadores de transplante devem receber uma formação que lhes permita realizar suas tarefas de forma profissional e adequada. No Brasil, são raras as faculdades que abrangem o tema da doação e transplante de órgãos em seu currículo. A medida mais eficaz, a longo prazo, é o ensino dessa matéria nos cursos de graduação da área médica e de enfermagem¹⁰.

Vários fatores são considerados como desfavoráveis à doação de órgãos, entre os quais se destacam: dúvidas na confiabilidade do diagnóstico de morte encefálica, desconhecimento das necessidades de transplante, fatalismo e superstição, notícias sensacionalistas na imprensa, receio de comércio, valores culturais e crenças religiosas. As religiões budista, hindu, mulçumana, católica romana e protestante são favoráveis à doação, classificando-a como um ato de generosidade e prova de amor a Deus e ao próximo. As perspectivas judaicas sobre a doação não são tão claramente definidas. É possível encontrar uma visão judaica que aprove a doação e o transplante, contrapondo-se a outra mais ortodoxa, que a desaprove¹⁰.

As pessoas estarão mais inclinadas a aceitar a doação de órgãos se receberem aprovação e apoio por parte de sua comunidade religiosa e líder religioso. Isso sugere que os líderes religiosos têm uma poderosa arma para aumentar o número de doadores¹¹.

Estudos têm mostrado que famílias de níveis socioeconômicos e educacionais mais baixos têm menos probabilidade de consentir com a doação de seus familiares. No Brasil, um país de dimensões continentais, com poucos centros transplantadores e grandes diferenças sociais, culturais e religiosas, as dificuldades relacionadas ao processo de doação tornam-se ainda maiores¹².

Em face desta realidade, o enfermeiro deve tomar posição e atuar como educador, para modificar a opinião pública sobre esse assunto. Modificar a realidade existente implica desenvolvimento de programas planejados, implementados e avaliados dentro de um processo educativo contínuo, respaldado por referenciais teóricos comprovados e modelos cientificamente reconhecidos, destinados a todos os segmentos da comunidade¹³.

Apesar desse estudo ser relacionado com o processo da doação de órgãos da criança, as referências bibliográficas analisadas e apresentadas referem-se à doação de órgãos do adulto, pois não foi encontrada nenhuma literatura que abordasse esta temática na saúde da criança.

Na síntese dessas considerações, justifica-se a realização da presente pesquisa, a fim de que este conhecimento possa subsidiar os profissionais de saúde em uma abordagem na qual a família sinta-se acolhida, e não vulnerável tornando-se, assim, mais acolhedora à idéia da doação.

OBJETIVOS

Conhecer o perfil das famílias que passam pelo processo de decisão da doação de órgãos de um filho.

Comparar os perfis das familiares que autorizaram com as famílias que não autorizaram a doação de órgãos do filho.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo com abordagem quantitativa, realizado com dados relativos a 81 famílias de crianças e adolescentes de 0 até 18 anos, considerados potenciais doadores de órgãos que faleceram durante o período de janeiro de 2002 a julho de 2005.

A coleta de dados foi realizada por meio de pesquisa nos prontuários da OPO do Hospital das Clínicas da FMUSP. Os dados foram coletados com base na "Ficha para Notificação de Doadores" e do impresso de "Avaliação de Enfermagem" que são documentos oficiais que compõem os prontuários dos potenciais doadores de órgãos.

Com base na literatura, foi elaborado um formulário especialmente para essa pesquisa e que possibilitaria a caracterização das famílias que passaram pelo processo de decisão de doação de órgãos de um filho. O formulário foi

composto por itens de identificação da criança, idade, dias de internação anterior à abordagem da equipe da OPO, causa da morte, decisão da família sobre a doação, renda familiar, religião, escolaridade e ocupação dos pais.

A seguir, o presente estudo limitou-se a analisar estatisticamente os dados que constavam nos documentos: a idade da criança, a causa da morte, os dias de internação anterior à abordagem da equipe da OPO, o membro da família que foi abordado pela OPO e a decisão da família sobre a doação.

Os dados foram armazenados em banco de dados informatizados com a utilização do programa Microsoft Excel. Foi aplicado o Teste do Qui-quadrado, para verificar possíveis associações entre as variáveis dicotômicas, seguindo o princípio da comparação entre frequências observadas na amostra e frequências esperadas¹⁴.

O nível de significância atribuído foi de 5%, dessa forma, consideramos haver associações estatisticamente significantes quando o valor de p for menor ou igual a 0,05.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Durante o período de janeiro de 2002 a julho de 2005, houve um total de 81 famílias de crianças, de 0 a 18 anos, consideradas potenciais doadoras de órgãos que foram abordadas pela equipe da OPO sobre a doação de órgãos. Desse total de famílias, 28 foram favoráveis à doação de órgãos de seus filhos e 53 recusaram a doação.

A natureza do óbito que foi classificada em: Violenta (em razão de causas externas, tais como: quedas de altura, atropelamentos, acidentes automobilísticos, afogamento, agressão física e ferimentos por arma de fogo) e Natural (em razão de causas biológicas, tais como: acidente vascular cerebral, tumores, meningite bacteriana).

Encontramos predomínio das causas violentas, tanto no grupo dos doadores de órgãos como no grupo dos não doadores. Das 28 crianças doadoras de órgãos, em 15 (53,57%) a natureza do óbito foi violenta e em 13 (46,43%) a natureza do óbito foi natural; das 53 crianças não doadoras, em 35 (66%) a natureza do óbito foi violenta e em 18 (34%) a natureza do óbito foi natural.

Ao analisar estatisticamente os dados relacionados à natureza dos óbitos, conforme o Teste de Qui-quadrado,

não encontramos diferença significativa ($p=0,735$) quando comparamos a frequência de óbitos violentos e naturais quanto ao fato de ser ou não doador de órgãos.

Os potenciais doadores de órgãos foram divididos conforme as faixas etárias: Lactente (28 dias a 1 ano), Toddler (1 a 3 anos), Pré-Escolar (3 a 6 anos), Escolar (6 a 12 anos) e Adolescente (12 a 18 anos). Pode-se constatar que houve predomínio dos adolescentes não só no grupo dos doadores de órgãos como também no grupo dos não doadores. Das 28 pessoas doadoras de órgãos, 14 (50%) eram adolescentes; 4 (14,28%), escolares; 5 (17,85%), pré-escolares; 4 (14,28%), toddlers e 1 (3,57%) lactente. Das 53 pessoas não doadoras de órgãos, 28 (52,83%) eram adolescentes; 10 (18,86%) escolares; 8 (15,09%) pré-escolares; 5 (9,43%) toddlers e 2 (3,77%) lactentes.

Ao analisar estatisticamente os dados da faixa etária, conforme o Teste de Qui-quadrado, não encontramos diferença significativa ($p=0,27$) quando comparamos as diferentes faixas etárias quanto ao advento de ser ou não doador de órgãos. Podemos dizer que a idade da criança não é determinante na decisão da família em autorizar ou não a doação de órgãos.

Com relação ao tempo de internação, as crianças doadoras de órgãos tiveram como tempo médio de internação, sete dias, sendo o tempo máximo de trinta e sete dias de internação e o tempo mínimo um dia, com desvio-padrão de 7,8. E as crianças não doadoras tiveram, como tempo médio de internação, quatro dias, sendo o tempo máximo de doze dias e o tempo mínimo um dia de internação, com desvio-padrão de 5,2.

Analisamos também, qual membro da família foi abordado, com maior frequência, pela equipe da OPO sobre a doação de órgãos do filho. Encontramos maior frequência na abordagem conjunta dos pais não só no grupo dos doadores de órgãos como também no grupo dos não doadores. Das 28 famílias favoráveis à doação de órgãos de seus filhos, em 4 (14,28%) delas a equipe da OPO abordou a mãe, em 6 (21,42%) famílias a abordagem foi feita conjuntamente o pai e a mãe. A análise dos registros possibilitou detectar que em 18 (64,28%) prontuários não foi realizado o registro do membro da família que havia sido abordado pela equipe OPO.

Das cinquenta e três famílias não favoráveis à doação de órgãos, em 8 (15,08%) delas a OPO abordou a mãe; em 2 (3,77%) famílias a OPO abordou o pai; em 14 famílias (26,41%) a OPO abordou o pai e a mãe conjuntamente; em 11 (20,75%) famílias a OPO abordou vários membros da família que estavam presentes (pai, mãe, irmãs, tios, primos, avós, etc).

A Tabela abaixo aponta qual membro da família foi abordado pela equipe da OPO sobre a doação de órgãos do filho.

TABELA – DISTRIBUIÇÃO DOS MEMBROS DAS FAMÍLIAS DOS DOADORES E NÃO DOADORES DE ÓRGÃOS ABORDADOS PELA OPO. SÃO PAULO, 2005.

Membro da família	Doadores		Não doadores		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mãe	4	14,29	8	15,09	12	14,80
Pai	0	0	2	3,78	2	2,47
Mãe e pai	6	21,42	14	26,42	20	24,70
Toda família	0	0	11	20,75	11	13,58
Não foi registrado	18	64,29	18	33,96	36	44,45
Total	28	100	53	100	81	100

Ao analisar estatisticamente esses dados, conforme o Teste de Qui-quadrado, encontramos uma associação significativa ($p=0,028$) quando comparamos qual membro da família foi abordado pela equipe da OPO ao fato de ser ou não favorável à doação de órgãos de seus filhos. Estes dados nos levam a crer que a recusa à doação de órgãos ocorre com maior frequência quanto maior o número de membros abordados.

DISCUSSÃO DOS DADOS

Ao caracterizar o perfil das famílias que passaram pelo processo de decisão de doação de órgãos de um filho considerado potencial doador de órgãos, tivemos a predominância de não doadores 53 (65,43%), o que reproduz os achados de outros trabalhos da literatura, em que a recusa dos familiares para a doação de órgãos de um membro da família é maior do que a autorização².

Em relação à natureza do óbito e a faixa etária, pôde-se constatar que houve predomínio das causas violentas e maior frequência de adolescentes tanto no grupo dos doadores de órgãos quanto no grupo dos não doadores. Este resultado está relacionado ao fato de que os adolescentes estão

mais expostos aos riscos de acidentes e violência. A análise histórica dos estudos epidemiológicos sobre morbidade no Brasil mostra de forma clara o aumento crescente de óbitos de crianças e adolescentes por causas externas¹⁵.

Atualmente, segundo o Ministério da Saúde, as violências e acidentes juntos constituem a segunda causa de óbito no quadro de mortalidade geral brasileira. Atinge toda infância e adolescência, uma vez que, nas idades de 1 a 9 anos, 25% das mortes são devidas a estas causas, e de 5 a 19 anos é a primeira causa entre todas as mortes ocorridas nesta faixa etária¹⁵.

Segundo uma publicação da UNICEF, as causas externas respondem por 53% da sobrecarga total das dez principais doenças, entre 5 e 14 anos, nos países menos ricos das Américas¹⁶.

No Estado de São Paulo, durante o ano de 2002, 60% dos óbitos de crianças, entre 1 a 19 anos, ocorreram por causas externas, vale ressaltar que, deste total de óbitos, 77% ocorreram em adolescentes com idade entre 15 a 19 anos¹⁷.

No âmbito mundial, segundo o relatório "The Global Burden of Disease", as causas externas representam 15% da sobrecarga de mortes e incapacitação, penalizando os países do Terceiro Mundo em escala quase duplicada, apresentando uma perspectiva não muito otimista para os próximos vinte anos, pois o relatório projeta um aumento desse índice para cerca de 20%¹⁸.

Quanto ao tempo de internação, os doadores de órgãos tiveram um tempo médio de 7 dias, com desvio padrão de 7,8, e os não doadores tiveram como tempo médio 4 dias, com desvio padrão de 5,2. Este dado pode ser relevante quando se pensa no tempo restrito que a família dispõe para tomar a decisão em relação à doação. Ainda, se considerarmos os dados referentes à natureza do óbito, em que tivemos um predomínio das causas violentas, agregado ao reduzido período de internação da criança, após o acidente, pode ser um fator decisivo para que a família não se sinta preparada para tomar uma decisão favorável à doação.

Com relação ao membro da família que foi abordado pela equipe da OPO, tivemos maior frequência na abordagem conjunta dos pais tanto no grupo dos doadores de órgãos quanto no grupo dos não doadores. Esse dado re-

produz os achados de outras pesquisas, em que a entrevista sobre a doação de órgãos, realizada pela equipe da OPO é feita com pais do potencial doador. O realizado no Canadá demonstrou que, dos familiares responsáveis pelo consentimento da doação de órgãos, 52,5% eram os pais do paciente, 41,5% era o cônjuge e 6% eram os filhos¹⁹.

O tempo é importante para a família acostumar-se com a idéia da morte da criança, condição que nem sempre é possível, uma vez que a informação da morte encefálica vem seguida da solicitação de manifestação da doação, não possibilitando que os familiares assimilem essa realidade⁹. Quando abordamos um maior número de familiares para a tomada de decisão quanto à doação de órgãos, mais pessoas precisam assimilar e concordar com a idéia em um curto período de tempo. Os profissionais precisam estar preparados para realizar a abordagem com um grupo familiar.

Vários estudos afirmam que existem diferenças significativas entre as famílias que aceitam a doação e as que negam, quanto ao grau de instrução, crenças religiosas, renda familiar e qualidade da informação recebida sobre o processo doação/transplante. Estes autores, também enfatizam a importância do conhecimento dessas características para a criação de estratégias específicas de abordagem da família no processo de decisão de doação de órgãos^{10-12,20}.

Assim, valorizar e adequar o registro e a documentação no prontuário do potencial doador é fator essencial para a realização de novas pesquisas sobre a doação de órgãos, visto que, por ora, é exígua a quantidade de estudos relacionados a esse tema.

Dados recentes disponibilizados no site da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos apontam para o fato de que ao contrário do que diz o senso comum, não é a falta de doadores o maior complicador dos transplantes no Brasil²¹. As dificuldades começam com a subnotificação de mortes encefálicas às centrais de transplantes e, nos casos em que a notificação ocorre, os empecilhos se sucedem em uma cadeia que combina falta de recursos e demora no transporte dos órgãos. O site aponta ainda para a falta de recursos humanos especializados nesse trabalho em vários hospitais

Por fim, vale ressaltar que do total dos prontuários analisados (81), 36 (44,45%) deles não continham re-

gistros sobre qual familiar foi contatado a respeito da doação de órgãos. Esse dado revela as falhas no preenchimento dos documentos que compõem o prontuário do potencial doador de órgãos, sendo fator limitador de pesquisas sobre o tema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pudemos concluir neste estudo que houve predominância de famílias não doadoras, maior frequência de óbitos por causas violentas tanto no grupo dos doadores de órgãos quanto no grupo dos não doadores, predomínio dos adolescentes não só entre os doadores como também entre os não doadores. Tivemos como tempo médio de internação, entre os doadores, 7 dias e 4 dias entre os não doadores e, por fim, observamos maior frequência na abordagem conjunta dos pais durante a entrevista realizada pela equipe da OPO, tanto no grupo dos doadores quanto no grupo dos não doadores.

Vale lembrar que tivemos como limitação para a caracterização da população abordada pela equipe de captação, a ausência de dados nos prontuários, sendo que as principais lacunas encontradas no preenchimento diziam respeito à escolaridade, religião e renda familiar.

O conhecimento e caracterização da população que vem sendo atendida pela equipe da OPO podem trazer benefícios para o preparo dos profissionais na abordagem das famílias. Entretanto, pretende-se fornecer elementos para um posicionamento adequado e confortável por parte dos profissionais que trabalham em UTI para exercerem a difícil tarefa de abordar as famílias de forma adequada.

Refletir sobre a responsabilidade dos profissionais diante das reais demandas do processo de captação de órgãos e, ainda, estimular a pesquisa e difundir conhecimentos sobre a doação e o transplante de órgãos em contextos não só da área da saúde, mas também da sociedade, poderá estimular modificações nos modelos ora estabelecidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Siminoff LA, Gordon N, Hewlett J, Arnold RM. Factors influencing families' consent for donation of solid organs for transplantation. *JAMA* 2001;286(1):71-7.

2. Campos HH. Aumento do número de transplantes e da doação de órgãos e tecidos: processo de construção coletiva. *Bol Inf ABTO*. [periódico on line] 2003; 3(2). Disponível em <http://www.abto.com.Br/boletim/ano3n2/editorial.htm> (19 mar. 2006)

3. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Registro brasileiro de transplante. São Paulo, 2003.

4. Gomes MP, Santiago CC, Moñino AM. Consentimiento familiar para la donación de órganos. Causas de negación y estrategias de cambio. In: Instituto Nacional de la Salud – INSALUD. Formación continuada en donación y transplantes de órganos y tejidos. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1998. p. 161-85.

5. Secretaria de Estado da Saúde(SP). Coordenação do Sistema Estadual de Transplante. Doação de órgãos e tecidos. São Paulo, 2002.

6. Brasil. 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. *Diário Oficial da União* de 5 de fevereiro de 1997. Brasília, 1997.

7. Brasil. Lei nº 10.211, 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* de 24 de março de 2001. Brasília; 2001.

8. Püschel VAA, Rodrigues AS, Moraes MW. A atuação da enfermeira na captação de órgãos para transplante em São Paulo: uma abordagem legal e bioética. *Mundo Saúde* 2002; 26(1):167-73.

9. Santos MJ, Massarollo MCKB. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. *Rev Latinoam Enfermagem* 2005; 13(3):382-7.

10. Garcia VD. Por uma política de transplante no Brasil. São Paulo: Office Editora; 2000.

11. Rumsey S, Hurford DP, Cole AK. Influence of knowledge and religiousness on attitudes toward organ donation. *Transplant Proc* 2003; 35(8):2845-50.

12. Ferreira U. Captação de órgãos para transplante. São Paulo: Tecla Tipo; 1997.

13. Moraes MW. Caracterização dos determinantes sócio-culturais que influenciam adolescentes na atitude de

- ser “doador de órgãos”. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2001.
14. Polit DE. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde. Série A. n. 167. Brasília: 2002.
 16. UNICEF. A league table of child deaths by injury in rich nations. Innocenti Report Card N° 2. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre; 2001.
 17. Fundação SEADE. Demografia 2005. [online] Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/demografia/mortalidade>> (30 mar. 2006)
 18. Krug E. Injury: a leading cause of the global burden of disease. Geneva: World Health Organization; 2003.
 19. Douglass GE, Daly M. Donor families’ experience of organ donation. *Anaesth Intensive Care*. 1995; 23(1):96-8.
 20. Martinez JM, Lopez JS, Martin A, Martin MJ, Scandroglia B, Martin JM. Organ donation and family decision-making within the Spanish donation system. *Soc Sci Med*. 2001;53(4):405-21.
 21. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos e Tecidos [online] Disponível em: <<http://www.abto.org.br>> (22 jan 2007)

RECEBIDO: 25/10/06

ACEITO: 29/01/07