

MORTE ENCEFÁLICA E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS EM HOSPITAL REFERÊNCIA EM URGÊNCIA E TRAUMA DO ESTADO DE GOIÁS

BRAIN DEATH AND ORGAN DONATION IN A REFERRAL HOSPITAL IN URGENCY AND TRAUMA OF THE STATE OF GOIAS

BRITO, Gabriela Alvares de¹
SILVA, Cleiton Bueno da²
FELIPE, Lucenda de Almeida³

1. Enfermeira residente em Urgência e Trauma pela SES-GO. Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz. Goiânia, Goiás, Brasil. Endereço para correspondência: Avenida São João, 400, bairro Alto da Glória, Goiânia, GO. CEP: 74815700. E-mail: fsagabriela@gmail.com.

2. Farmacêutico. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Goiás (UFG), Farmacêutico da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis – GO (SEMUSA) e docente do Centro Universitário de Goiás (Uni-ANHANGUERA).

3. Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência, Cardiologia e Hemodinâmica. Tutora da Residência de Enfermagem em Urgência e Trauma da SES-GO. Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz. Goiânia, Goiás, Brasil.

RESUMO

Introdução: Define-se por morte encefálica a completa e irreversível perda das funções cerebrais e do tronco cerebral. Sendo o diagnóstico confirmado, a família do potencial doador tem o direito de decidir sobre doação de órgãos para fins de transplante. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo levantar dados sobre morte encefálica e doação de órgãos em um hospital de urgência e trauma do estado de Goiás e identificar os principais motivos de não efetivação da doação. **Método:** Estudo transversal do tipo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, com base em informações de prontuários, realizado em um hospital público referência em urgência e trauma do estado de Goiás. **Resultados:** Foram analisados 98 prontuários do ano de 2018 e identificou-se que a maioria dos potenciais doadores era do sexo masculino, sendo o trauma crânio encefálico a principal causa primária e a recusa familiar o principal motivo da não doação de órgãos. **Conclusão:** É necessário aumentar o conhecimento da sociedade sobre morte encefálica e promover a capacitação de profissionais de saúde, a fim de aumentar as taxas de doação de órgãos.

Palavras chave: Morte encefálica; doação de órgãos; profissionais de saúde.

ABSTRACT

Introduction: Brain death is defined as the complete and irreversible loss of brain function and brainstem. Once the diagnosis is confirmed, the potential donor's family has the right to decide on organ donation for transplant purposes. **Objective:** This study aimed to collect data on brain death and organ donation in an emergency and trauma hospital in the state of Goiás and to identify the main reasons for not making the donation. **Method:** Cross-sectional, descriptive, retrospective study, with a quantitative approach, based on information from medical records, carried out in a public hospital that is a reference in urgency and trauma in the state of Goiás. **Results:** 98 medical records from 2018 were analyzed and it was identified that the majority of potential donors were male, with head trauma being the main primary cause and family refusal the main reason for not donating organs. **Conclusion:** It is necessary to increase society's knowledge about brain death and promote the training of health professionals in order to increase the rates of organ donation.

Keywords: Brain death; organ donation; health professionals.

INTRODUÇÃO

A morte encefálica (ME) é definida como a completa e irreversível perda das funções cerebrais e do tronco encefálico, o que configura a morte do indivíduo. Sua gênese está relacionada com aumento da pressão intracraniana (PIC), perda significativa de massa encefálica e/ou interrupção do fluxo sanguíneo cerebral. Dentre as causas precursoras, destacam-se o acidente vascular encefálico (AVE) e o traumatismo crânio encefálico (TCE) como as mais prevalentes no Brasil¹.

O diagnóstico é principalmente clínico, e segue um rigoroso e sistemático protocolo. Como pré-requisito, o paciente deve apresentar lesão encefálica de causa conhecida e irreversível, sendo necessária a ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico. Havendo a presença de coma não perceptivo, ausência de todos os reflexos de tronco encefálico, apneia persistente e todos os parâmetros vitais de acordo com o exigido pela legislação, os pacientes devem ser submetidos aos procedimentos para determinação de ME².

A notificação de ME é obrigatória e tem caráter de urgência devendo, esta, ser realizada pela unidade notificante à Central Estadual de Transplantes (CET) que esteja vinculada. Uma vez confirmado o diagnóstico, a família do paciente deverá ser informada sobre o direito da doação dos órgãos para fins de transplante, sendo essa opção possível apenas com o seu consentimento expresso, registrado em termo de autorização específico e não havendo contraindicações médicas³.

O Brasil conta com um sistema de transplantes bem consolidado e regulado sendo, atualmente, o segundo país do mundo em número absoluto, ficando atrás apenas dos Estados Unidos (EUA). No entanto, apesar do avanço já alcançado, o número de transplantes realizados ainda é muito distante da necessidade estimada, provocando um acúmulo de mais de 30 mil pacientes ativos em fila de espera⁴.

A efetivação de um transplante depende diretamente do sucesso do processo de doação de órgãos. Tal processo corresponde a uma série de etapas interligadas e interdependentes, que vai desde o diagnóstico de ME e reconhecimento do potencial doador (PD) até o transplante propriamente dito⁵.

Em 2018 o número de notificações de potenciais doadores no Brasil foi superior a 10 mil, sendo que pouco mais de 30% foram convertidos em doadores efetivos. No estado de Goiás, este índice atingiu um percentual ainda menor, sendo 89 doadores efetivos de 391 notificações⁴. Estes baixos índices estão constantemente relacionados a dificuldades no diagnóstico e documentação de ME, na manutenção inadequada do PD e as altas taxas de recusa familiar para doação de órgãos⁶.

Cada segmento do processo de doação de órgãos exige atitudes efetivas por parte de toda a equipe multiprofissional⁷. A enfermagem desempenha um papel importante nesse processo, como manter as funções vitais do PD, sendo necessário conhecimento técnico e científico relacionado à morte encefálica e à viabilidade dos órgãos⁸. Além disso, a compreensão do processo e dos fatores que influenciam no seu resultado pode contribuir para minimizar as dificuldades, bem como subsidiar a criação de estratégias que melhorem o processo⁷.

Este estudo teve como objetivo levantar dados sobre morte encefálica e doação de órgãos em um hospital de urgência e trauma do estado de Goiás e identificar os principais motivos de não efetivação da doação.

MÉTODO

Estudo transversal do tipo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, com base em informações de prontuários, realizado em um hospital público referência em urgência e trauma do estado de Goiás.

O hospital onde foi realizado o estudo possui Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), local onde foi realizada a busca por prontuários físicos e eletrônicos de pacientes notificados como potenciais doadores de órgãos entre o período de janeiro a dezembro do ano de 2018. Foram excluídos do estudo prontuários de pacientes que não tiveram o protocolo de morte encefálica concluído, bem como os com informações insuficientes.

Para coleta de dados foi utilizada uma planilha formulada para reunir informações relacionadas ao perfil clínico e demográfico dos pacientes, história de internação, características do protocolo de morte encefálica e processo de doação de órgãos.

Os dados foram submetidos à análise e realizada estatística de padrão descritivo, com medidas de tendência central e frequências absolutas e relativas.

O estudo foi submetido e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa: número CAAE 14087319.0.0000.0033.

RESULTADOS

Foram analisados 98 prontuários do período de janeiro a dezembro de 2018, sendo que destes, 81 tiveram ME confirmada e foram incluídos no estudo. Outros 17 foram excluídos por motivos de:

Parada Cardiorrespiratória (PCR) antes da conclusão do protocolo de ME (13) e informações insuficientes em prontuário (4).

A maioria dos pacientes era do sexo masculino (58), e a faixa etária mais prevalente foi a de 41 a 60 anos (33). A tabela 1 mostra a relação de sexo e idade encontrada.

Dentre as causas primárias do coma, o TCE foi a mais frequente (40), seguida de acidente vascular encefálico hemorrágico (26), encefalopatia anóxica (6), acidente vascular encefálico isquêmico (4), neoplasia cerebral (3) e outros (2).

O tempo de internação dos pacientes variou entre os períodos de até 7 dias (60), de 8 a 14 dias (13) e mais que 15 dias (8). A duração do protocolo de ME foi quantificada em horas, e os achados estão especificados no gráfico 1.

Dos 81 pacientes potenciais doadores, 23 converteram-se em doadores efetivos. Os motivos de não doação foram recusa familiar (40), contraindicação médica (12) e problemas logísticos e/ou estruturais (6). A tabela 2 mostra os motivos detalhados.

Tabela 1: Relação de sexo e idade de pacientes potenciais doadores de órgãos notificados por um hospital referência em urgência e trauma no ano de 2018.

Sexo	Faixa etária					N	%
	2 a 18	19 a 40	41 a 60	61 a 70	>70		
Masculino	6	22	24	5	1	58	71,6%
Feminino	2	8	9	1	3	23	28,4%

Gráfico 1: Distribuição dos protocolos de ME quanto ao tempo máximo de duração em horas em um hospital referência em urgência e trauma no ano de 2018.

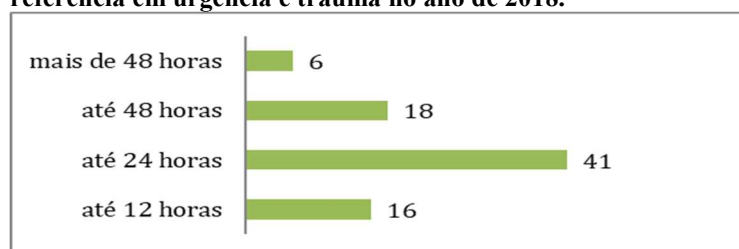


Tabela 2: Motivos de não doação de órgãos de potenciais doadores notificados por um hospital referência em urgência e trauma do estado de Goiás no ano de 2018.

Recusa familiar	N	%
-----------------	---	---

Familiares desejam o corpo íntegro	11	27,5%
Receio de demora na liberação do corpo	10	25%
Doador contrário à doação em vida	5	12,5%
Convicções Religiosas	2	5%
Incompreensão de ME	2	5%
Familiares descontentes com o atendimento	1	2,5%
Familiares indecisos	1	2,5%
Outros	8	20%
Total	40	100,0%
Contraindicação clínica		
Infecção grave	5	41,7%
Parada cardiorrespiratória (PCR)	3	25%
Sorologia hepatite B/C	1	8,3%
Neoplasia	1	8,3%
Sorologia HIV	1	8,3%
Doenças crônico-degenerativas	1	8,3%
Total	12	100,0%
Problemas logísticos e/ou estruturais		
Outros	6	100,0%
Total	6	100,0%

DISCUSSÃO

No ano de 2018 foram registradas 10.779 notificações de ME no Brasil e, apesar de parecer um grande potencial de doação, este número torna-se pequeno quando comparado aos 33.454 pacientes ativos na fila de espera por transplante de órgãos no mesmo período⁴.

Embora a notificação de ME seja obrigatória², acredita-se que ainda seja subestimada⁹. A falta de profissionais treinados ou capacitados, a falta de equipamentos para realizar os exames necessários e para documentar a morte são motivos que contribuem para este contexto. Além disso, existem outras questões agravantes da subnotificação como, por exemplo, o temor das equipes assistenciais a respeito de complicações legais, o desconhecimento dos benefícios da doação de órgãos e a sobrecarga de trabalho¹.

Dessa forma, existe forte recomendação para que haja busca sistemática por potenciais doadores através de visita diária a ambientes como unidades de terapia intensiva (UTI) e emergências,

identificando precocemente pacientes com critérios de elegibilidade para ME¹⁰. Um exame cuidadoso e um diagnóstico rápido são cruciais¹¹.

A predominância do sexo masculino entre os potenciais doadores é soberana na literatura^{12,13,14} e os resultados obtidos neste estudo foram condizentes. Acredita-se que este achado pode estar relacionado com o fato de os homens estarem frequentemente mais vulneráveis às situações de risco envolvendo acidentes e violência¹⁵.

No que se refere à causa precursora de ME, há uma variância entre os estudos. Os dados encontrados mostram o TCE como a causa mais prevalente. Em contrapartida, existem estudos nacionais e internacionais^{16,17,18} que evidenciam a predominância das causas não traumáticas. Dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) variam dentre os estados brasileiros⁴.

Treze pacientes não tiveram o protocolo concluído por motivo de parada cardiorrespiratória (PCR), além de outros três que, com diagnóstico confirmado, tiveram esse mesmo desfecho. Acredita-se que a instabilidade hemodinâmica está presente em até 80% dos casos de ME, o que configura fator de risco importante para ocorrência de PCR¹⁰. Um estudo¹⁹ mostrou que a PCR ocorreu com menos frequência em protocolos que duraram menos de 30 horas, sendo ainda menos comum quando tiveram duração entre 12 e 30 horas.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) atualizou, recentemente, o tempo entre os exames clínicos, passando de seis para uma hora de intervalo². Tal fato pode contribuir com a otimização do tempo de duração de protocolos.

Em relação aos dados encontrados sobre doação de órgãos, a taxa de não doadores ficou acima de 70%, correspondendo ao índice geral do estado de Goiás no ano de 2018, que foi de 77%⁴. A principal causa de não doação de órgãos no Brasil e no exterior ainda é a recusa familiar²⁰ o que foi semelhante ao encontrado neste estudo. Dentre as várias justificativas dos familiares para a recusa, destacaram-se o receio de demora na liberação do corpo e desejo de manter o corpo íntegro.

A falta de esclarecimento e a desconfiança no sistema de saúde por parte da população contribuem com o baixo índice de doação²¹. Outra justificativa é o não entendimento do conceito de morte encefálica, por vezes havendo, nos familiares, uma esperança de recuperação, de erro no diagnóstico ou de um milagre²¹. É de extrema importância que os profissionais de saúde sejam capacitados para atender a família nesse momento de luto, proporcionando ajuda na adaptação, aceitação e enfrentamento da perda²².

Ainda no contexto dos motivos de não concretização de doações, foram encontrados 6 potenciais doadores notificados que não tiveram a doação de órgãos efetivada por motivos de problemas logísticos e/ou estruturais. Por se tratar de uma pesquisa de dados de prontuário, esta informação ficou falha por não explicar sobre o que, de fato, tratam-se estes problemas.

De um modo geral, acredita-se que todas as dimensões da atenção ao PD e os demais equipamentos que integram a rede de transplante de órgãos no Brasil demandam melhores arranjos de recursos humanos, condições de trabalho, estrutura, potencialização da educação permanente e fomento às atividades de informação e sensibilização da população sobre a morte encefálica e o processo de manutenção, captação, doação e transplante de órgãos²³.

CONCLUSÃO

Concluimos que a principal causa de não efetivação da doação de órgãos é a recusa familiar. Por se tratar de uma causa que pode ser evitada, acreditamos que as taxas de doação serão maiores à medida que a sociedade adquira conhecimento sobre este contexto. Estimular as pessoas a falarem sobre o assunto e expressarem, em vida, seu desejo de ser doador, também pode ajudar os familiares na tomada dessa decisão.

Sugerimos que gestores de instituições de saúde e políticas públicas programem estratégias de sensibilização da sociedade sobre fila de espera por transplantes, inclusive com foco em mídias sociais. Desta forma, acreditamos que cada vez mais pessoas terão a percepção de que, apesar da tristeza da perda de um ente querido, alguém esperando essa única chance de vida pode ser beneficiado.

REFERÊNCIAS

1. Garcia CD, Garcia VD, Pereira JD. Manual de Doação e Transplantes: Informações práticas sobre todas as etapas do processo de doação de órgãos e transplante. Porto Alegre: Libretos; 2017.
2. Conselho Federal de Medicina. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Resolução nº 2173 de 15 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União. Brasília; 2017.
3. Presidência da República (BR). Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 9175, de 18 de outubro de 2017. Regulamenta a Lei Nº 9434 de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Brasília; 2017.
4. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2011-2018). Registro Brasileiro de Transplantes. São Paulo; 2018.
5. Freire ILS, Vasconcelos QLDAQ, Melo GSM, Torres GV, Araújo EC, Miranda FAN. Facilitadores e barreiras na efetividade da doação de órgãos e tecidos. Texto Contexto - Enferm. 2014; 23(4):925-934.
6. Freire ILS, Vasconcelos QLDAQ, Melo GSM, Torres GV, Araújo EC, Costa IKF, Melo GSM. Estrutura, processo e resultado da doação de órgãos e tecidos para transplante. Rev Bras Enferm. 2015; 68(5):837-845.
7. Rodrigues TB, Vasconcelos MIO, Brito MDCC, Sales DS, Silva RCCD, & Souza Â MA. Perfil de potenciais doadores de órgãos em hospital de referência. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza. 2013;4(14):713-719.
8. Costa CR, Costa LP, Aguiar N. A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. Rev. Bioét. 2016;24(2):368-373.
9. Kutsogiannis DJ, Asthana S, Townsend DR, Singh G, & Karvellas CJ. The incidence of potential missed organ donors in intensive care units and emergency rooms: a retrospective cohort. Intensive care medicine. 2013;39(80):1452-1459.

10. Westphal GA, Garcia VD, Souza RL, Franke CA, Vieira KD, Birckholz VRZ et al . Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. Rev bras ter intensiva. 2016;28(3):220-255.
11. Mutlu NM, Peker TT, Acar S, Koca B, Soyal ÖB, Titiz AP, Göğüş N (2019). Brain Deaths and Donors in an Education and Research Hospital. Transplantation Proceedings.
12. Bertasi RAO, Bertasi TGO, Reigada CPH, Ricetto E, Bonfim KO, Santos LA et al . Perfil dos potenciais doadores de órgãos e fatores relacionados à doação e a não doação de órgãos de uma Organização de Procura de Órgãos. Rev Col Bras Cir. 2019;46(3):e20192180/EpubAug05.
13. Silva CMP, Oliveira AJB, Farias RW, Pontes NBB. Análise dos aspectos epidemiológicos dos candidatos à doação de órgãos no Estado do Pará. Rev Bras Clin Med. 2013;11(2):123-8.
14. Monte A, Monte A, Lima L, Freire V. Epidemiological analysis of candidates for the donation of organs in the states of Ceará, São Paulo and Acre / Análise epidemiológica dos candidatos à doação de órgãos nos estados do Ceará, São Paulo e Acre. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental 2019;11(1):167-172.
15. Aguiar MIFD, Araújo TOM, Cavalcante MMDS, Chaves ES, & Rolim ILTP. Perfil de doadores efetivos de órgãos e tecidos no estado do Ceará. Rev Min Enferm. 2010;14(3):353-360.
16. Atik B, Kılınç G, Atsal AÖ, Çöken F, & Yazar V. Our Brain Death and Organ Donation Experience: Over 12 Years. Transplantation Proceedings. 2019;51(7):2183–2185. doi:10.1016/j.transproceed.2019.01.148.
17. Moraes EL, Silva LBB, Moraes TC, Paixão NCS, Izumi NMS, Guarino AJ. The profile of potential organ and tissue donors. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2009;17(5):716-720.
18. Eira CSL, Barros MIT, Albuquerque AMP. Doação de órgãos: a realidade de uma unidade de cuidados intensivos portuguesa. Rev bras ter intensiva. 2018;30(2):201-207.

19. Westphal G, Slaviero TA, Carnin TC, Montemezzo GT, Lingiardi GT, de Souza FC C, Hachiya AH, Ferraz LL, Soares DR and de Andrade J. The effect of brain death protocol duration on potential donor losses due to cardiac arrest. *Clinical Transplantation*. 2016;30:1411-1416.
20. Council of Europe's Newsletter Transplant. International figures on donation and transplantation. 2013.
21. Souza LK, Freitas LBL. A Doação na Literatura Científica Nacional: Contribuições à Psicologia Moral. *Psico-USF*. 2019;24(1):159-171.
22. Assunção RK, Silva PL, Reis SF, Alves FGF, Borges M, Pereira AE. Brain death and the process of donation of organs: a family care / Morte encefálica e o processo de doação de órgãos: uma atenção ao familiar. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2020;12(0):182-188.
23. Costa IF, Mourão NJJ, Brito MCC, Goyanna NF, Santos TC, Santos SS. Fragilidades na atenção ao potencial doador de órgãos: percepção de enfermeiros. *Rev Bioét*. 2017;25(1):130-137.