

Universidade de Ribeirão Preto
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Educação
Stricto sensu

MARIA HELENA POMPEU

FATORES ENVOLVIDOS NA NEGATIVA DA DOAÇÃO DE TECIDO ÓSSEO EM
DOADORES DE ÓRGÃOS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS DE
RIBEIRÃO PRETO E REGIÃO

RIBEIRÃO PRETO
2014

MARIA HELENA POMPEU

FATORES ENVOLVIDOS NA NEGATIVA DA DOAÇÃO DE TECIDO ÓSSEO EM
DOADORES DE ÓRGÃOS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS DE
RIBEIRÃO PRETO E REGIÃO

Dissertação apresentada à Universidade de Ribeirão
Preto - UNAERP para obtenção do título de Mestre
em Saúde e Educação.

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva

RIBEIRÃO PRETO
2014

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico
da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

P788f Pompeu, Maria Helena, 1962-
Fatores envolvidos na negativa da doação de tecido ósseo em
doadores de órgãos nos hospitais públicos e privados de Ribeirão
Preto e região / Maria Helena Pompeu. - - Ribeirão Preto, 2014.
101 f.: il. color.

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Silvia Sidneia da Silva.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2014.

1. Doação de órgãos. 2. Transplante de tecidos. 3. Tecido
ósseo. I. Título.

CDD 610

MARIA HELENA POMPEU

Fatores Envolvidos na Negativa da Doação de Tecido Ósseo em Doadores de Órgãos nos Hospitais Públicos e Privados de Ribeirão Preto e Região


Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto para obtenção do título de Mestre em Saúde e Educação

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde


Data da defesa: 27 de fevereiro de 2014

Resultado: Aprovada


BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Prof. Dra. Bartira de Aguiar Røza
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo



Prof. Dr. Edilson Carlos Carità
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto - SP
2013

DEDICATÓRIA

A priori a Deus, que a cada dia me mostra mais que, entre tantos caminhos que podemos seguir durante a vida, os mais serenos são, sem dúvida, aqueles que seguem o coração.

Aos doadores de órgãos e tecidos que, tenho certeza, se pudessem ser ouvidos, agradeceriam pela oportunidade que tiveram de ajudar ao próximo.

“Não morrerei de todo. *Non omnis moriar*”. (Odes, 111, 30).

“Quando os homens fracassam, o que lhes faltou não foi inteligência, foi paixão”.

Struther Burt

Dedicatória especial à Dra. Bartira De Aguiar Roza que, mesmo não a conhecendo, foi sua Tese de Doutorado e seus artigos o meu norte durante toda esta caminhada.

À Dra. Vera Maria Adashi e Enf. Vera Lucia Versuti, grandes amigas e incentivadoras de minha vida profissional e pessoal por todo carinho e atenção de sempre, meu muito obrigada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para a execução desta dissertação.

Em especial:

Ao Prof. Dr. Jeová Nina Rocha, Coordenador do Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos de Ribeirão Preto, exemplo de competência e empreendedorismo, pela confiança, incentivo e apoio viabilizando a realização desta tarefa.

À Profa. Dra. Silvia Sidnéia Silva, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação no Mestrado em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto, pela confiança quando, aos 45 minutos do segundo tempo, me convidou a participar do processo para ingresso no Programa de Mestrado, pela liberdade durante a orientação deste trabalho, pela paciência durante os imprevistos e pelos ensinamentos.

Ao Prof. Dr. Gerson Pereira Alves Junior, Docente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP, pelo apoio competente e ajuda na construção deste caminho.

Ao Enfermeiro Cesar Eduardo Pedersoli do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto pelo exemplo ético, pelo profissionalismo e apoio incansável nos momentos de estruturação desta dissertação.

Ao Dr. Luis Gustavo Gazoni Martins, Diretor do Banco de Tecidos Humanos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP, pelas sugestões na elaboração do instrumento de coleta de dados.

À Enfermeira Margarida Momenti Chiaretti do Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos de Ribeirão Preto pela dedicação e carinho na abordagem aos familiares dos doadores de órgãos e tecidos e pelo incentivo ao longo desta caminhada.

À Técnica de Enfermagem Andrea Shirlene Costa Santos do Banco de Tecidos Humanos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP pelo companheirismo, pela disponibilidade e zelo com que me trata no dia-a-dia.

Aos Professores do Programa de Pós-graduação pelo estímulo nas tarefas do aprender e crescer cada vez mais, em especial ao Prof. Dr. Carlos Alberto Nogueira de Almeida, pelas valiosas orientações metodológicas.

A todos os colegas pós-graduandos do Mestrado em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto que me incentivaram com seu entusiasmo e compartilharam este caminho junto comigo na certeza de que iremos nos encontrar em outros momentos da vida profissional.

Aos Enfermeiros Tatiane Aparecida Martins e Cesar Eduardo Pedersoli pela ajuda na construção do banco de dados da dissertação, pela amizade e confiança.

A todos os Enfermeiros e Assistente Social do Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos de Ribeirão Preto pelo trabalho incansável e pelo apoio incondicional nas propostas de melhoria para doação de órgãos e tecidos.

A todos os meus colegas de trabalho do Banco de Tecidos Humanos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP e da Universidade de Ribeirão Preto pelo apoio, cada um a seu modo, pela diversidade de opiniões e pela paciência comigo durante esta caminhada.

A todas as funcionárias da Secretaria da Pós-Graduação, em especial, a Patrícia, por toda a dedicação prestada no atendimento à minha pessoa.

RESUMO

POMPEU, M.H. **Fatores envolvidos na negativa da doação de tecido ósseo em doadores de órgãos nos hospitais públicos e privados de Ribeirão Preto e região**, 2013. 00 f. Dissertação (Mestrado) Universidade de Ribeirão Preto, 2013.

Objetivo: determinar a prevalência de doadores de tecido ósseo e as principais variáveis envolvidas na negativa deste tecido em doadores de órgãos; caracterizar o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos doadores com morte encefálica; sociodemográfico dos familiares e avaliar os efeitos do processo de doação. Casuística e Método: pesquisa do tipo *survey* de natureza exploratória. O estudo foi realizado com 75 familiares de doadores em morte encefálica de Ribeirão Preto, no período de janeiro de 2009 a junho de 2012, que aceitaram participar da entrevista, após um tempo mínimo de três meses da doação. Resultados: doadores do sexo masculino (50,7% vs 49,3%); a média de idade foi de 42,6 anos; de cor branca (84%). A primeira causa de morte foi natural (64%) e a segunda causa revelou-se como a traumática (36%). Em relação aos familiares a maioria tinha escolaridade fundamental (45,3%) sendo da religião católica (46,7%). A maioria possuía conhecimento anterior sobre morte encefálica (56%); tiveram tempo suficiente para decidir sobre a doação (84%) e classificaram o tempo de liberação do corpo de forma negativa (60%). A solicitação da doação do tecido ósseo foi efetivada somente para 37,3% dos familiares; para 92,9% não foi informado quais ossos seriam captados e nem como seria a reconstituição do corpo (96,5%), sendo o maior motivo para a negativa da doação o desagrado frente à idéia da mutilação do corpo (60,7%). A minoria possuía conhecimentos anteriores sobre doação e transplante de tecido ósseo (2,7%) e a maioria expressou a não intencionalidade em ser um doador deste tecido (68%). A intencionalidade em autorizar uma nova doação de órgãos foi expressa pela maioria (78,7%). Concluimos que a maioria da população estudada (97,3%) não possuía informações anteriores a respeito da doação e transplante de tecido ósseo. O fator que influenciou a baixa prevalência (17,2%) desse tipo de doação foi a pouca solicitação por parte dos profissionais da saúde que atuam no processo de doação (37,3%). Encontramos três fatores importantes que influenciaram a negativa da doação de tecido ósseo pelos familiares: desconhecimento sobre quais os ossos poderiam ser retirados, como seria a reconstituição dessas estruturas e como se apresentaria o corpo do doador após a captação. Estudos prospectivos, explorando a elegibilidade de doadores de coração parado e devida infraestrutura para expansão de doadores de tecido ósseo, podem aumentar o índice desse tipo de doação.

Descritores: Doação de Órgãos. Transplante de Tecidos. Bancos de Tecidos. Tecido Ósseo.

ABSTRACT

POMPEU, M. H. **Factors involved in refusal of donation of bone tissue organ donors in public and private hospitals in Ribeirao Preto and Region.** Professional Qualification for a Masters in Health and Education, University of Ribeirão Preto, 2013.

Objective: To determine the prevalence of bone tissue donors and the main variables involved in the response for this tissue in organ donors; characterize the sociodemographic and epidemiological patterns of brain-dead donors; sociodemographic relatives; evaluate the effects of the donation process. **Materials and methods:** survey research of an exploratory nature. The study was conducted with 75 families of brain-dead donors in Ribeirão Preto, in the period from January 2009 to June 2012, who agreed to participate in the interview, a minimum of three months after the donation. **Results:** male donors (50.7% vs 49.3%) and the mean age was 42.6 years, white (84%), the primary cause of death was natural (64%) and the second cause was trauma(36%). Regarding family: most had an elementary education (45.3%) and were Catholic (46.7%). Most had prior knowledge of brain death (56%); had enough time to decide on the donation (84%) and classified the time of releasing the body in a negative way (60%). The request for donation of bone tissue was effective only for 62.7% of the family members, and the majority (92.9%) was not informed which bones would be removed or how the body would be replenished (96.5%); the main reason given the refusal was the displeasure at the idea of mutilation of the body (60.7%). The minority had prior knowledge about donation and transplantation of bone tissue (2.7%) and the majority expressed no intention of donating this tissue (68%). To conclude, most of the population (97,3%) had no previous information about the donation and transplantation of bone tissue. The factor that influenced the low prevalence (17,2%) of this type of donation was the low demand from the healthcare professionals, who work in the donation process (37,3%). Three important factors were found that influenced the negation of donations of bone tissue by relatives: ignorance of which the bones would be removed, of how these structures would be rebuilt and how the donor's body would be presented after removal.. Future studies, exploring the eligibility of donors with heart stopped hearts and appropriate infrastructure for expansion of bone tissue donor, should increase the rate of this type of donation.

Descriptors: Organ Donation. Tissue Transplantation. Tissue Bank. Bone Tissue.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Descrição do Organograma do Sistema Nacional de Transplante. Fonte: Ministério da Saúde, 2011	22
Figura 2	Descrição do Processo de Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos Humanos. Fonte: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2009	28
Figura 3	Representação da área do SPOT de Ribeirão Preto-SP. Fonte: CNCDO, 2013	39
Figura 4	Fluxograma referente à população e amostra do estudo. Fonte: SPOT, 2013	45

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição de doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=75), conforme o sexo e a idade.....	55
Gráfico 2	Distribuição de doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=48), conforme causa <i>mortis</i> natural	56
Gráfico 3	Distribuição dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=48), segundo os fatores contribuintes relacionados à <i>causa mortis</i> natural	57
Gráfico 4	Distribuição de doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=27), conforme <i>causa mortis</i> traumática.....	58
Gráfico 5	Distribuição de familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=75), conforme o sexo e a idade	60
Gráfico 6	Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=75), segundo o grau de escolaridade.....	61
Gráfico 7	Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=75), segundo a religião.....	62
Gráfico 8	Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=75), segundo o conhecimento anterior e respectivas dúvidas sobre morte encefálica.....	64
Gráfico 9	Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=75), segundo a responsabilidade da decisão pela doação.	68
Gráfico 10	Distribuição dos familiares dos doadores em morte encefálica (n=75), segundo o conhecimento prévio sobre a vontade do seu familiar em ser doador de órgãos e tecidos e sua influência na decisão pela doação (n=42)	69
Gráfico 11	Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=75), segundo o tempo decorrido desde o consentimento da família para a doação dos órgãos e tecidos e a liberação do corpo no Hospital e no IML.....	71
Gráfico 12	Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=75), segundo a solicitação do SPOT pela doação de tecido ósseo.	73
Gráfico 13	Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=28), segundo informações recebidas do SPOT sobre quais ossos seriam captados e como seria a reconstituição do corpo	

	após a autorização da doação.....	74
Gráfico 14	Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=75), segundo conhecimentos anteriores sobre doação e transplante de órgãos e de tecido ósseo.....	78
Gráfico 15	Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=75), segundo a intencionalidade em ser um doador de órgãos e de tecido ósseo.....	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição do total das notificações, doadores e não doadores de órgãos e tecidos (1/1/2009 a 30/06/2012)	41
Tabela 2	Distribuição dos fatores relacionados à recusa de doações de órgãos e tecidos (1/1/2009 a 30/06/2012)	41
Tabela 3	Distribuição do total de doadores de tecido ósseo (01/01/2009 a 30/06/2012)	42
Tabela 4	Representação dos familiares que residiam em Municípios fora da área adstrita do SPOT	42
Tabela 5	Distribuição dos doadores fora do limite de idade permitido por legislação.....	43
Tabela 6	Relação dos Hospitais que efetuaram as captações de órgãos e tecidos.....	43
Tabela 7	Mapeamento dos familiares de doadores conforme a Direção Regional de Saúde.....	52
Tabela 8	Composição de exclusão para entrevista dos familiares.....	53
Tabela 9	Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos (n=21), segundo as principais dúvidas sobre o diagnóstico de morte encefálica.....	65
Tabela 10	Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=42), segundo o conhecimento da vontade do familiar em ser um doador.....	70
Tabela 11	Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=75), segundo a classificação do tempo total transcorrido desde a autorização da doação até a liberação do corpo.....	72
Tabela 12	Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=28) segundo os motivos que os levaram a não autorizarem a doação de tecido ósseo.....	75
Tabela 13	Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica(n=75), segundo os motivos que os levariam ou não a autorizarem uma nova doação de órgãos e tecidos.....	81
Tabela 14	Distribuição dos meios de comunicação segundo os familiares dos doadores em morte encefálica que poderiam ser utilizados para esclarecimento da população sobre a doação de tecido ósseo.....	82

LISTA DE ABREVIATURAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AVCH	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
AVCI	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNCDO	Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
DOU	Diário Oficial da União
DRS	Direção Regional de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-USP
HSA	Hemorragia Subaracnóide
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
ME	Morte Encefálica
MS	Ministério da Saúde
NAT	Teste de Ácido Nucleico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONT	Organização Nacional de Transplante
PCR	<i>Polymerase Chain Reaction</i>
PMP/ANO	por milhão de habitantes por ano
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SUS	Sistema Único de Saúde
SPOT	Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
EU	Unidade de Emergência
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VS	<i>Versus</i>

SUMÁRIO

Resumo	9
Abstract	10
Lista de figuras	11
Lista de gráficos	12
Lista de tabelas	14
Lista de abreviaturas	15
1. INTRODUÇÃO	18
1.1 História do transplante de órgãos e tecidos no Brasil.....	19
1.2 Legislação brasileira sobre transplante de órgãos e tecidos.....	20
1.3 Transplante de órgãos e tecidos na atualidade	22
2. OBJETIVOS	26
3. REVISÃO DA LITERATURA	27
3.1 Processo de doação e transplante de órgãos e tecidos: um pouco de história.....	27
3.2 Processo histórico de Banco de Tecidos Muscularesqueléticos	29
3.3 Processo de seleção dos doadores de tecido ósseo	33
3.4 Bioética e transplantes	34
3.5 Perspectivas e medidas educacionais	36
4. CASUÍSTICA E MÉTODO	38
4.1 Tipo de pesquisa e local de estudo	38
4.2 Período de estudo	39
4.3 População e amostra	40
4.4 Critérios de inclusão e exclusão	46
4.5 Considerações éticas	46
4.6 Instrumento de pesquisa e variáveis do estudo	47
4.7 Coleta de dados	51
4.8 Apresentação e análise dos dados	53
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
5.1 Perfil sociodemográfico e epidemiológico dos doadores de órgãos e tecidos após o diagnóstico de morte encefálica	54
5.2 Perfil sociodemográfico dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica	59

5.3 Religião, prática religiosa e interferência na decisão pela doação dos órgãos.....	62
5.4 Efeitos do processo de doação de órgãos e tecidos em familiares dos doadores .	64
5.5 Doação de tecido ósseo	73
5.6 Conhecimento sobre o processo de doação e transplante de órgãos e tecido ósseo e intencionalidade de uma doação	78
6. CONCLUSÃO	84
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	86
ANEXOS	94
Anexo I – Formulário de coleta de dados.....	94
Anexo II – Termo de consentimento livre e esclarecido	97
Anexo III – Autorização do Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos	99
Anexo IV – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	100
Anexo V – Autorização para uso de instrumento de coleta de dados	101

1. INTRODUÇÃO

Na medicina moderna acentua-se o extraordinário progresso na retirada e transplante de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins terapêuticos e científicos. Por muito tempo o transplante foi considerado uma técnica experimental e muito ousada, mas atualmente desponta como terapia insuspeita e destinada a salvar e reabilitar o ser humano (MENDES et al., 2009).

Em 2010, após 13 anos de serviços prestados na Central de Material Esterilizado do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP-USP, recebi a proposta de transferência para a Unidade de Emergência (UE) do referido Hospital, com o papel de desenvolver atividades relativas à organização do futuro Banco de Tecidos Musculoesqueléticos incluindo a estruturação física, materiais e equipamentos, confecção de documentos para conformidade com a Legislação Sanitária, tais como procedimentos operacionais, triagem dos doadores vivos e cadáveres, processo de captação e processamento dos tecidos ósseos, prontuários dos doadores e receptores, confecção de impressos, armazenamento e distribuição dos tecidos ósseos, implantação e treinamento do serviço de Enfermagem por meio da equipe interna de processamento e equipe externa de captação e, Gestão de Qualidade.

Assim, em 2011, durante o processo de criação, validação dos processos e certificação da referida unidade, houve a constatação, através de dados relativos à doação de órgãos e tecidos, provenientes do Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos (SPOT), e ainda, por meio do convívio com os profissionais responsáveis pela entrevista familiar para a doação, de um número expressivo na negativa da doação de tecido ósseo, comparado àqueles referentes aos concordantes de doação de órgãos sólidos.

Dessa forma, a inquietude relativa ao tema nos levou a desenvolver um projeto de pesquisa, buscando encontrar dados esclarecedores que respondessem às indagações presentes. Em 2012, iniciava a coleta de dados para a pesquisa de mestrado, junto aos familiares que haviam efetivado a doação de órgãos sólidos, mas não de tecido ósseo, tendo como as duas maiores indagações: *quais as variáveis do processo de doação que poderiam estar interferindo na negativa da doação do tecido ósseo? Quais as justificativas para esta negativa?*

Observava-se, inicialmente, que a recusa familiar em doar tecido ósseo era o maior diferencial na amplitude e na efetividade do desenvolvimento das atividades dos Bancos de Tecidos Musculoesquelético no país.

Assim sendo, considerando a dimensão dessa temática, decidimos trazer para a ponderação os aspectos objetivos e subjetivos indagados e presentes nesse processo, entendendo seu significado para os sujeitos nela envolvidos e para a sociedade, dado sua incontestável complexidade e magnitude.

Da análise dos trabalhos publicados na literatura não foi encontrado estudo semelhante que ressaltasse os fatores que levariam à negativa da doação de tecido ósseo em familiares doadores de órgãos sólidos assim o tema foi relacionado de forma indireta com estudos sobre a doação de órgãos e tecidos, e ainda, à negativa familiar na doação de órgãos e tecidos.

A relevância do assunto pauta-se na importância da pesquisa para que se ampliem as informações sobre a doação do tecido ósseo, minimizando, desta forma, um dos maiores problemas que se consegue evidenciar, traduzindo-se na indisponibilidade deste tecido para a área de transplantes e, para contextualizá-la, é importante uma breve exposição sobre o tema doação e transplante de órgãos e tecidos.

1.1 HISTÓRIA DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS NO BRASIL

Os transplantes de órgãos e tecidos colocam-se entre as maiores conquistas da modernidade científica e tecnológica, pois, permitem que pessoas com doenças crônicas possam “na medida do possível” recuperar o direito de viver. É um tratamento que desperta muitas dúvidas, provoca muitos questionamentos e, pela sua complexidade, dificulta as doações de órgãos e tecidos, sendo impossível de ser executado sem uma sociedade sensibilizada e conscientizada para o ato de doar, lembrando ainda que não há transplantes se não houver doações (ARAÚJO, 2006).

A atividade de transplante de órgãos e tecidos, no Brasil, iniciou-se no ano de 1964 na cidade do Rio de Janeiro e no ano de 1965, na cidade de São Paulo, com a realização dos dois primeiros transplantes renais inter vivos no país. No período de 1968 a 1997, período chamado “heróico e romântico”, as atividades eram regulamentadas regionalmente, a inscrição de receptores era informal, como também para a retirada de órgãos e tecidos. Não

havia também critérios para distribuição de órgãos e tecidos captados e protocolo de recebimento de transplantes.

O legislador brasileiro, diante desse contexto, não permaneceu silente. Ao editar Leis e Decretos regulando a remoção de órgãos optou por impedir ou coibir a comercialização de órgãos, tentando imprimir um caráter humanitário à doação.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), em razão da baixa sobrevida dos pacientes transplantados, esse tipo de tratamento pouco se difundiu e somente ganhou importância após uma fase de aprimoramento de técnicas cirúrgicas, determinação de histocompatibilidade entre doador e receptor e fármacos imunossupressores (ALCÂNTARA, 1998). A regulamentação do Sistema Nacional de Transplantes – SNT, implantado em 1997, iniciou uma curva ascendente de resultados promissores no que diz respeito aos transplantes no Brasil.

Dados da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) de 2012 assinalam que houve igualdade dos índices de doações por milhão de habitantes nos anos de 2005 a 2007 (6,3 pmp), tendo iniciado uma evolução considerável, ponderando técnicas, resultados, variedade de órgãos transplantados e número de procedimentos realizados a partir de 2008 (7,2 pmp), 2009 (9,0 pmp), 2010 (9,9 pmp), 2011 (10,7 pmp) e, em 2012, chegando a atingir 12,6 pmp, dando-nos a expectativa de que atingiremos a meta de 15 doadores efetivos pmp em 2014 e de 20 pmp em 2017 (SNT, 2013).

1.2 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

O Brasil inseriu-se no cenário mundial dos transplantes de órgãos e tecidos há 45 anos, mediante ações consistentes quanto à legislação, a partir da década de 60.

A primeira Lei sobre transplantes no Brasil foi a Lei nº 4.280, de 6 de novembro de 1.963. Posteriormente foi editada a Lei nº 5.479, de 10 de agosto de 1968 que foi revogada pela Lei nº 8.489 de 18 de novembro de 1992, dispondo sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica,

Em 1991, ocorreu a regulamentação do diagnóstico de morte encefálica (ME) pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que definiu a ME como situação irreversível de todas as funções respiratórias e circulatórias ou cessação irreversível de todas as funções do cérebro, incluindo o tronco cerebral, tendo o diagnóstico de causa conhecido.

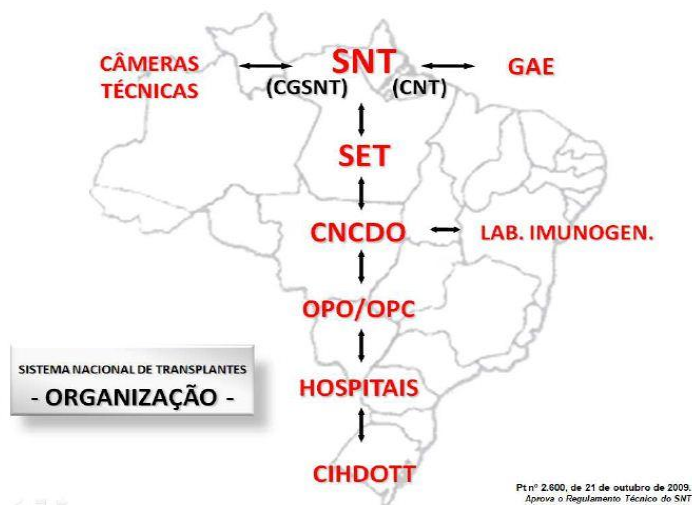
A partir dos avanços técnicos e procedimentos realizados, o transplante foi ganhando espaço na sociedade científica, civil e dos gestores do Sistema Único de Saúde – SUS. Por causa disso, houve necessidade e interesse em regulamentar as atividades, em geral, do transplante mediante uma lei específica, normatizando os procedimentos a serem efetuados.

Assim, foi editada a Lei dos Transplantes (Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997) cujo objetivo era dispor sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, e também o Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997 que a regulamentou na tentativa de minimizar as possíveis distorções na destinação dos órgãos, criando o SNT, tendo como atribuição desenvolver e controlar o processo de captação e distribuição de tecidos e órgãos para finalidades terapêuticas (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO - DOU, 1997).

Ainda, a Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT), localizada na sede do Ministério Público, em Brasília, é a instância gestora do sistema, sendo subordinada ao Departamento de Atenção Especializada (DAE), que, por sua vez, encontra-se sob a égide da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), situação esta que permanece até os dias atuais. Criaram-se também, órgãos estaduais de regulação da atividade transplantadora, públicos, ligados tecnicamente à Coordenação Geral e, administrativamente, às Secretarias Estaduais de Saúde, chamados Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO, e que tem a prerrogativa de, sem prejuízo das normas federais, aditarem normas estaduais.

A Portaria nº 2.600/2009 prevê a criação de uma série de instâncias de apoio ao processo de captação e distribuição de órgãos, tecidos e células, como é o caso das Câmaras Técnicas Nacionais – CTN, do Grupo de Assessoramento Estratégico – GAE, das Organizações de Procura de Órgãos–OPO, Organizações de Procura de Córneas (OPC), e das Comissões Intra Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), sendo essa, constituída em 2005, mediante a Portaria GM/MS 1.752, devendo ser atuante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos (DOU, 2006), conforme demonstrado na figura 1.

Figura 1 – Descrição do Organograma do Sistema Nacional de Transplantes



Fonte: Organograma do Sistema Nacional de Transplantes. Ministério da Saúde. Brasil, 2011.

Para Silva e Mendes (2005), apesar das dificuldades políticas e institucionais influenciarem o processo de desenvolvimento, a sociedade civil brasileira deveria se mobilizar aumentando a sua participação nas políticas públicas.

1.3 TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS NA ATUALIDADE

Segundo dados da ABTO (2012), o Brasil alcançou a meta de 12,6 doadores pmp e o estado de Santa Catarina alcançou 26,4 doadores efetivos pmp, sendo esse o melhor resultado já alcançado por um estado brasileiro. Esse resultado depende, em grande parte, de estímulos dos setores públicos locais, bem como do governo estadual, na solução de uma sequência de pequenos entraves na logística do processo de identificação do doador até a realização dos transplantes que também depende de relação harmônica entre as equipes de saúde que assistem aos potenciais doadores e uma coordenação extremamente empenhada e motivada.

Avaliando o balanço dos transplantes de órgãos da ABTO, encontram-se os seguintes dados: 227 transplantes de coração (1,2 pmp); 1.595 transplantes de fígado (8,4 pmp); 69 transplantes de pulmão (0,4 pmp); 5.385 transplantes de rim (28,2 pmp); 150 transplantes de pâncreas (0,8 pmp) indicando um aumento de 11,25% de todos os transplantes em relação ao ano anterior.

Considerando o número de transplantes de tecidos, foram realizados no ano de 2012, 23.211 transplantes de tecido ósseo, principalmente utilizados por dentistas e fornecidos por seis bancos (3 no Estado de São Paulo, 1 no Paraná, 1 no Rio de Janeiro e 1 no Estado de Pernambuco), ou seja, 1.418 transplantes na área de ortopedia homóloga, caracterizando 7,4 pmp, e 21.711 na área odontológica homóloga, caracterizando 113,8 pmp; 15.281 transplantes de córneas (80,1 pmp), e transplantes de pele realizados em 30 pacientes (0,1 pmp).

O modelo espanhol foi introduzido em 1989 e, em apenas três anos, tornou-se o primeiro país do mundo nessa área, tendo como destaque a organização do sistema, através de uma rede de coordenadores intra-hospitalares (ONTE, 2013).

A Espanha, em 2012, apresentou o melhor índice de doação por milhão de habitantes (37,8 pmp), caracterizando a liderança mundial na doação e transplantes de órgãos há muitos anos, muito acima da média na União Européia (19 pmp) (GRUPO PUNTA CANA, 2013).

O país que mais se desenvolveu nos últimos anos foi Portugal; a Croácia (30 pmp) e algumas regiões no norte da Itália como a Toscana apresentam taxas de doações similares aos da Espanha. Também ocorreram avanços significativos na França e na Bélgica. No entanto, a América Latina é uma das regiões do mundo que mais está se desenvolvendo, como a Argentina que apresenta um número equivalente a 16 pmp, cifra essa superior à da Grã-Bretanha ou da Alemanha (ONTE, 2013).

Indubitavelmente órgãos como fígado, coração e rins, bem como tecidos como córneas, normalmente são doados. Inúmeras campanhas na mídia tentam disseminar esse ato humanitário. No entanto, pouco conhecida é a existência de uma demanda igualmente grande pela doação de tecidos musculoesqueléticos como tendões, ligamentos, meniscos e, principalmente, ossos. O desconhecimento atinge não apenas a população. No momento de abordar os familiares do potencial doador, muitos médicos desconhecem esse tipo de operação, ou não conseguem explicar o procedimento, que não altera a aparência do corpo sendo uma preocupação frequente por parte do familiar (BUGARIN JUNIOR, 2007). Contribui para esse quadro supracitado a pequena quantidade de Bancos de Tecidos no Brasil, pois sem um local adequado e certificado para o correto manuseio e armazenamento específico deste material, também não há como solicitar que as famílias façam estas doações.

O Brasil possui um cadastro de espera por transplantes, garantindo a equidade no acesso. No balanço feito na ABTO (2012), encontram-se 28.148 pacientes ativos em lista de espera aguardando por transplantes, divididos da seguinte forma: Rim (20.021); Fígado

(1.316); Coração (211); Pulmão (165); Pâncreas (19); Pâncreas/Rim (455) e Córnea (5.961), com uma redução no número total, em relação a 2011, de 23,20%.

A tramitação legal do tecido ósseo segue a legislação atual, válida para todos os tipos de órgãos, mas com diferença por não existir cadastro único. Quando a doação é autorizada pela família, a CNCDO comunica os Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos, em sistema de rodízio.

Segundo Fernandes e colaboradores (2010), para que o transplante de órgãos e tecidos aumente no Brasil será essencial que se melhore os quatro pilares que apoiam o processo de doação para transplante, constituindo-se de legislação, financiamento, organização e educação. As medidas legais incluem a implementação de um sistema de registro de doadores voluntários e a prevenção de quaisquer formas de comércio para se ter maior controle sobre transplantes entre doadores não-familiares.

Entre as medidas organizacionais, consideradas essenciais, estão o treinamento e a motivação dos médicos de terapia intensiva, neurologia e radiologia, visando o diagnóstico de morte encefálica e manutenção de potenciais doadores. Por fim, políticas de educação também são necessárias, tanto para profissionais quanto para estudantes das áreas de saúde e para a população em geral (FERNANDES; GARCIA, 2010).

Para Assis (2008), as ações de sensibilização e conscientização de toda a sociedade, em especial, dos profissionais de saúde devem ser iniciadas nas escolas, o centro ideal de formação integral do indivíduo para o exercício da cidadania.

Nesse sentido, a incorporação dessa temática nos conteúdos curriculares dos diversos níveis de ensino é determinante para se lograr uma atitude crítica que permita o debate e a análise dos avanços científicos que influenciam a saúde e determinam o rumo da nossa existência. Indubitavelmente, os estudantes de hoje são os futuros médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, biólogos, engenheiros, pesquisadores, técnicos de laboratórios, cidadãos, governantes e potenciais doadores ou receptores de órgãos, beneficiários da admirável tecnologia dos transplantes (ASSIS, 2008).

Para Bousso (2008), qualquer paciente cuja terapêutica foi avaliada como ineficaz, ou a ME é iminente ou já ocorreu, constitui-se num doador em potencial. Contudo, ressalta-se que a questão do doador cadáver com ME traz muitos conflitos nas relações humanas entre a família do doador e os profissionais envolvidos.

Segundo Araújo e colaboradores (2003), a manutenção do potencial doador de órgãos demanda tempo, investimento de recursos humanos e materiais e, não raramente, é

emocionalmente desgastante para a equipe da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), uma vez que todos esses esforços poderiam estar sendo destinados a um paciente com perspectiva de sobrevivência. Contudo, um único potencial doador, em boas condições, poderá propiciar tratamentos, por meio de transplante de diversos órgãos e tecidos, e ajudar diversos pacientes.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Determinar a prevalência de doadores de tecido ósseo e as principais variáveis envolvidas na negativa da doação de tecido ósseo em doadores de órgãos nos Hospitais Públicos e Privados de Ribeirão Preto e Região.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos doadores em morte encefálica.
- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos familiares dos doadores em morte encefálica.
- Descrever os efeitos do processo de doação de órgãos e tecidos em familiares de doadores em morte encefálica, incluindo:
 - Compreensão da família sobre a ME;
 - Decisão pela doação, expressa a vontade da família ou do doador e tempo para reflexão;
 - Tempo de liberação do corpo, satisfação em relação ao tempo de liberação do corpo pelo Hospital e IML;
 - Solicitação da doação de tecido ósseo e respectivas informações;
 - Intencionalidade das famílias para uma possível doação de órgãos, de tecido ósseo, bem como de autorizarem uma nova doação;
 - Meios de comunicação para esclarecimentos.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PROCESSO DE DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS: UM POUCO DE HISTÓRIA

Suspeitando do diagnóstico de ME, a confirmação depende de exames clínicos, gráfico e posterior preenchimento do “termo de declaração de morte encefálica”. Ato contínuo, concluído o processo diagnóstico, deve-se notificar às CNCDO, descentralizadas em SPOT, referência do hospital que notificou o potencial doador. Notificada a ME têm-se os chamados “potenciais doadores”.

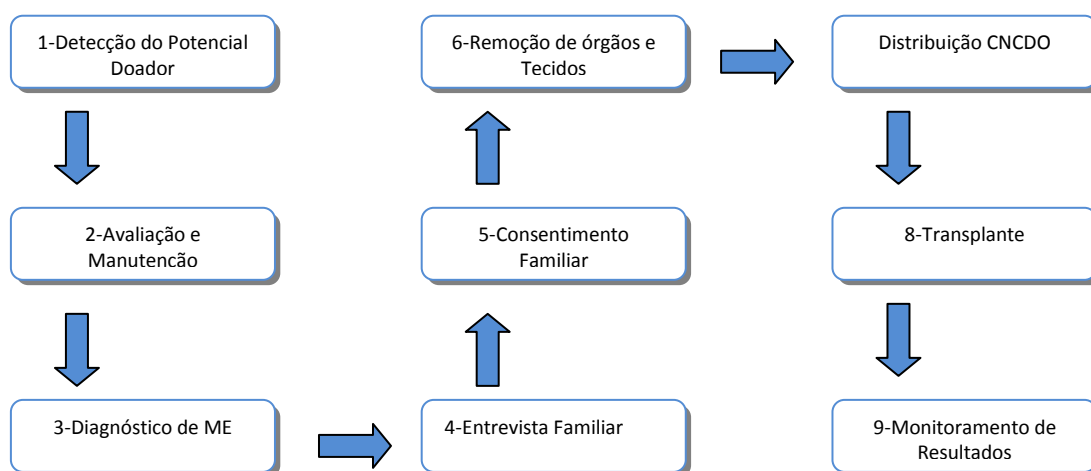
A família é comunicada sobre o diagnóstico de ME pelo médico responsável pelo familiar falecido no hospital notificador, juntamente com um profissional de saúde do SPOT que realiza a entrevista sobre doação de órgãos e tecidos. Se houver concordância dos familiares, o termo de autorização para a retirada dos órgãos para transplante é elaborado, e as orientações lhes são entregues. O profissional responsável pelo processo doação-transplante e a CNCDO correspondente passam a considerar os demais fatores para a efetivação do doador, promovendo a distribuição dos órgãos e tecidos doados, identificando as equipes médicas correspondentes para a retirada.

Nos casos de morte natural, é preciso o fornecimento da Declaração de Óbito antes que se inicie a retirada dos órgãos e tecidos doados e, quando se tratar de morte por causas externas, se faz obrigatório o encaminhamento do corpo do doador ao IML para que seja efetivada a necropsia logo após a captação e, em seguida, ser emitida a Declaração de Óbito.

O exercício do consentimento tem como pressupostos a junção de elementos como a autonomia, a capacidade, a voluntariedade, a informação e o esclarecimento (BIONDO et al., 2007).

Para Jorge Filho (2010), um consentimento não pode ser um frio documento dado ao sujeito para assinar. Ele deve ser um conjunto de informações claras e objetivas em linguagem que possa ser entendida e minuciosamente explicado aos familiares.

Figura 2 – Descrição do Processo de Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos Humanos.



Fonte: Diretrizes Básicas Para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. 2009.

Segundo as Diretrizes Básicas para a Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos da ABTO (2009), o sucesso da entrevista familiar depende basicamente de três fatores: predisposição à doação, qualidade do atendimento hospitalar recebido e conhecimento do entrevistador. Além disso, destaca-se ainda que as condições para a entrevista familiar envolvam boa compreensão, por parte do entrevistador, da situação que a família está vivenciando, pois, no período difícil como o luto, terá que decidir pela doação dos órgãos de seu ente querido, ciente de que a mesma poderá repercutir em nova vida para outro indivíduo.

A desproporção crescente do número de pacientes em lista *versus* o número de transplante é um fato inquestionável nos quais, dentre os fatores limitantes, estão também a não-notificação de pacientes com diagnóstico de ME às CNCDO, apesar de sua obrigatoriedade prevista em lei. Observamos que falta uma política de educação continuada aos profissionais de saúde quanto ao processo de doação-transplante e todos os desdobramentos decorrentes da ausência de conhecimento desse processo, além da recusa familiar (PEREIRA et al., 2003).

3.2 PROCESSO HISTÓRICO DE BANCO DE TECIDOS MUSCULOESQUELÉTICOS

Não é totalmente sabido de quando datam os primeiros estudos sobre enxertos ósseos. Ollier, no final do século XIX, foi um dos primeiros a investigar intensivamente e relatar as propriedades biológicas desses enxertos (SPRINGFIELD, 1987).

Nas últimas duas décadas o transplante de tecidos musculoesqueléticos estabeleceu-se internacionalmente. Vários Bancos de Tecidos foram fundados em todos os continentes, ganhando importância crescente em cirurgias reconstrutivas de diversas especialidades (NATHER, 2004).

Com o objetivo de suprir os pacientes sequelados, no pós-Segunda Guerra Mundial, que tinham necessidade de enxertos ósseos, a marinha norte-americana implantou, em 1949, o primeiro Banco de Tecidos, promovendo o primeiro passo para a introdução de metodologias que regulamentassem a utilização de osso fresco de doadores mortos ou vivos. Tal movimento se deu também, seguidamente com a criação em outros países, como na antiga Tchecoslováquia (1950), Rússia (1957) e Polônia (1976). Novas metodologias tais como exames microbiológicos e PCR foram introduzidas na tentativa de se evitar complicações decorrentes de infecções cruzadas e processos inflamatórios que poderiam acarretar a rejeição ou perda do enxerto (GALEA; KERNEY, 2005).

A terminologia usada para caracterizar os diferentes tipos de enxerto deve ser denominada enxerto autogênico. Esse é obtido e transplantado de um sítio a outro no mesmo indivíduo, sem causar reação imunológica; os alogênicos provêm de outros indivíduos da mesma espécie do receptor, entretanto, com códigos genéticos distintos, e enxerto xenogênico é proveniente de espécie diferente do receptor, com código genético sem compatibilidade (FONSECA; DAVIES, 1995).

A utilização de enxertos autólogos é o tratamento de escolha para correção da maioria das falhas ósseas (GAZDAG et al., 1995). A retirada desse tipo de enxerto, no entanto, não é um procedimento inócuo. De maneira geral, há necessidade de uma segunda incisão cirúrgica que pode levar a um aumento do tempo operatório, aumento do sangramento e da morbidade no sítio do doador. Além disso, a quantidade disponível desse tipo de enxerto é limitada e, por vezes, insuficiente em casos de artrodeses extensas de coluna vertebral, ressecções de tumores ósseos e cirurgias de revisão de artroplastia total do quadril (YONGER et al., 1989).

Os enxertos alo gênicos são uma alternativa atrativa por possuírem boa capacidade osteocondutora e terem disponibilidade menos limitada. Embora haja desvantagens no uso desses enxertos como a pouca osteogenicidade, baixa osteoindução, maior taxa de reabsorção, menor capacidade de incorporação ao hospedeiro, um potencial de gerar respostas imunológicas no receptor e o risco de transmissão de doenças, considerando ainda que outros substitutos biológicos e sintéticos não se mostraram superiores, por isso, seu uso tem aumentado nos últimos anos (GRANJEIRO et al., 2009).

Tecido ósseo alo gênico é uma forma de transplante com capacidade de reproduzir as características anatômicas e biomecânicas de uma área lesada, com potencial de incorporação ao tecido do paciente. Grandes defeitos podem ser restaurados com estruturas idênticas, e a disponibilidade de tecido para transplante é virtualmente ilimitada. A principal desvantagem no transplante de tecidos alo gênicos é a possibilidade de transmissão de doenças, seja de natureza viral, como AIDS ou hepatites, seja de natureza bacteriana, por contaminação no momento da retirada, ou por microrganismos circulantes no doador (GARBUZ et al., 1998; CLATWORTHY et al., 2001; LOMBARDI et al., 2010).

Segundo a Divisão de Transplantes de Multitecidos do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), o transplante ósseo é utilizado em procedimentos cirúrgicos ortopédicos e odontológicos que precisam de uma quantidade de tecido maior do que o tecido autólogo, tanto pelo baixo estoque ósseo ou as falhas ósseas existentes da região. Entre os tratamentos ortopédicos indicados estão as cirurgias de revisão de prótese de quadril e joelho; cirurgias de coluna, como a de escoliose; cirurgias de ressecção de tumores ósseos, para correção de deformidades congênitas e trauma. Entre as indicações de tratamentos odontológicos estão cirurgias reconstrutivas da cavidade oral da área da implantodontia, periodontia e cirurgia bucomaxilofacial (PROGRAMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES, 2011).

No caso do doador falecido, o número de pessoas beneficiadas varia de acordo com a necessidade do tecido ósseo, desde em torno de 10 pacientes com tumores ósseos (maior necessidade de osso por procedimento) a mais de 300 pacientes odontológicos (menor necessidade de osso por procedimento) (PROGRAMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES, 2011).

Desde 1981, vários relatos citam a seleção de doadores, exames laboratoriais e custos com equipamentos e pessoal, e incentivam a discussão sobre a formação de Bancos de Múltiplos Tecidos centralizados e regionalizados (DOPPELT et al., 1981).

Diversas formas de processamento e armazenamento de tecido ósseo foram sugeridas; no entanto, foi proposto e difundido no Banco de Tecidos da Marinha Naval dos Estados Unidos da América - EUA a utilização de enxerto alo gênico liofilizado em cirurgias ortopédicas reparativas em 1951 (KREUZ et al., 1951).

A liofilização é o método de processamento e armazenamento de tecidos musculoesqueléticos que permite a utilização de ossos, tendões e fâscias humanos (alogenicos) uma vez que, pela diminuição da antigenicidade, é capaz de fornecer material biocompatível, estéril e que pode ser estocado, em temperatura ambiente (GALIA, 2004).

Com o intuito de promover um maior grau de satisfação aos produtos liberados pelos Bancos de Tecidos, principalmente com o surgimento, na década de 1980, da epidemia da AIDS nos EUA, várias normas governamentais foram impostas aos Bancos de Tecidos tendo como objetivo primário a seleção criteriosa dos doadores, visando minimizar riscos. Essa evolução culminou com o surgimento, dentro da *American Association Tissue Bank*, e do órgão governamental americano *Food and Drug Administration*, da promoção e regulamentação dos materiais provenientes dos Bancos de Tecidos, introduzindo normas denominadas boas práticas de fabricação, influenciando mundialmente todo o processamento de produtos oriundos destes bancos (GALEA; KERNEY, 2005).

Historicamente, os Bancos de Ossos existem desde a década de 1950 no Brasil, ocorrendo, mediante o decreto nº 2.268 de junho de 1997, a regulamentação das práticas a ser seguida pelos Bancos de Tecidos – fato que impôs uma série de restrições, limitando o número de bancos e cirurgiões autorizados a utilizar tecido musculoesquelético (ALENCAR; VIEIRA, 2010).

No ano de 2000, considerando a necessidade de incrementar a disponibilidade de tecidos musculoesqueléticos, ponderando a necessidade de garantir que esses tecidos fossem removidos, avaliados, processados, preparados e conservados dentro de padrões técnicos e de qualidade que a complexidade do procedimento requer, e ainda, atendendo a necessidade de regulamentar o funcionamento e cadastramento dos Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos, o Ministério da Saúde, mediante a Portaria nº 904/GM de agosto de 2000, estabelece normas no âmbito do SUS para a criação, autorização de funcionamento e cadastramento de Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos (BRASIL, 2011).

Em setembro de 2002, por meio da Portaria nº 1.686/GM, o MS aprovou as normas para autorização de funcionamento e cadastramento de Bancos de Tecidos

Musculoesqueléticos pelo SUS, normatizando o funcionamento através da autorização do SNT (MS, 2002).

Assim como nos Estados Unidos da América onde a Associação Americana de Bancos de Tecidos orienta e acredita o funcionamento de todos os Bancos de Tecidos do país desde 1976, no Brasil, o Ministério da Saúde, com a Portaria n. 2.600, de 21 de outubro de 2009 regulamentou a implantação e funcionamento de Bancos de Tecidos em todo território nacional (BRASIL, 2009).

Define-se por Banco de Tecidos Musculoesqueléticos o serviço que com instalações físicas, equipamentos, recursos humanos e técnicas adequadas, sejam destinados à captação, triagem clínica, laboratorial e sorológica, coleta, identificação, processamento, estocagem e distribuição de tecido musculoesquelético de procedência humana para fins terapêuticos ou de pesquisa, sendo que seu funcionamento, tanto em caráter privado quanto para a prestação de serviços ao SUS, deverá ser autorizado pelo SNT. Na referida portaria, no anexo I estão definidas as etapas da autorização, do cadastramento, da renovação, as equipes técnicas e as instalações físicas e equipamentos dos bancos de tecidos. No anexo II são apresentadas as rotinas para captação, ablação, transporte, processamento, estocagem, disponibilização e controle de qualidade dos tecidos musculoesqueléticos (BRASIL, 2009).

São descritos ainda os protocolos de triagem, exame físico do doador, rotina laboratorial, ablação dos tecidos, empacotamento, reconstrução do corpo do doador, transporte dos tecidos ao banco, exames bacteriológicos e fúngicos, exame radiológico, recepção dos tecidos, armazenamento, processamento, esterilização complementar, empacotamento pós-processamento, estocagem dos tecidos processados e liberados, disponibilização, controle de qualidade e destino dos tecidos desprezados (BRASIL, 2009).

Após a captação, os tecidos são processados conforme normatização, sendo conservados congelados frescos, liofilizados ou desmineralizados. O processamento dos tecidos objetiva, por meio da sua manipulação, separar apenas o tecido a ser utilizado no transplante. Para o preparo ósseo geralmente são retirados todos os tecidos moles aderidos, podendo manter-se tendões e cartilagem conforme a aplicação do enxerto. Uma das vantagens do processamento é permitir que um único osso possa ser dividido em várias partes, beneficiando um maior número de receptores e evitando desperdícios (FRIEDLAENDER; GOLDBERG, 1991).

O maior empecilho à doação de tecido ósseo é a ideia de que o corpo não terá sua aparência preservada nas cerimônias de funeral.

Entretanto, a legislação regulamentadora da atividade de transplante no Brasil determina a recomposição do doador falecido, utilizando-se materiais sintéticos, não se retirando sob nenhuma hipótese ossos da face, crânio ou mão do doador. No caso do doador falecido são captados bilateralmente o fêmur inteiro, terço proximal da tíbia e úmero e parte da crista ilíaca (BRASIL, 2011).

Apesar do grande potencial, o Brasil ainda tem uma taxa de utilização de enxertos ósseos muito inferiores àquelas dos países desenvolvidos, e dos vizinhos da América do Sul (Argentina e Uruguai). Isso ocorre, principalmente, devido a três fatores: o desconhecimento da população quanto à possibilidade de doação musculoesquelética, a falta de experiência de cirurgiões quanto às possibilidades de uso de enxertos homólogos e pouca familiaridade com as técnicas cirúrgicas; e aos empecilhos burocráticos impostos pelo MS, dificultando a autorização de cirurgias e estabelecimentos de saúde para o uso dos enxertos (ALENCAR; VIEIRA, 2010); além da escassa quantidade de bancos de ossos e tecidos em funcionamento no território nacional.

Atualmente, existem cadastrados seis Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos em todo o país, sendo três no estado de São Paulo, um no Paraná, um no Rio de Janeiro e outro em Pernambuco. Ao todo, 46 centros e 128 equipes médicas estão cadastrados para realizar transplantes de tecido musculoesquelético em todo país (SNT, 2012).

3.3 PROCESSO DE SELEÇÃO DOS DOADORES DE TECIDO ÓSSEO

Conforme portaria nº 2.600 de 2009, do Ministério da Saúde, todo potencial doador de tecido ósseo deve ter sua história médica adequadamente investigada, pregressa e atual, para excluir a possibilidade de transmissão de doenças ao receptor. Os critérios de exclusão absolutos compreendem, de acordo com a referida portaria:

- 1- Portador de doença viral sistêmica (AIDS, Hepatite B e C).
- 2- Presença de fatores de risco para doenças infectocontagiosas (AIDS, Hepatite B e C); Fatores de risco comportamentais (uso de drogas injetáveis, promiscuidade, uso de fatores de coagulação humanos, tratamento com hormônio de crescimento, presidiários, tatuagem não-profissional recente, politransfundidos, tratamento prévio por radiação).
- 3- Portador de doença de etiologia desconhecida.

- 4- Morte de causa ignorada.
- 5- Envenenamento por metais pesados.
- 6- Portador de doença neoplásica maligna ou com antecedentes da mesma.
- 7- Septicemia.

Os critérios de exclusão relativos, ainda pautados na Portaria nº 2.600 de 2009, do Ministério da Saúde contemplam:

- 1- Idade inferior a 10 anos e superior a 70 anos;
- 2- Uso prolongado de ventilação assistida prévia à morte;
- 3- Tratamento prévio com corticóides.

Os testes sorológicos são realizados para reduzir a chance de transmissão de hepatites (anti-HCV e anti-HBsAg e anti-HBc) e AIDS (Elisa anti-HIV 1 e 2), toxoplasmose, citomegalovírus, sífilis, doença de Chagas e tuberculose ativa. Adicionalmente, são feitos exames de biologia molecular (NAT ou PCR) para hepatites e AIDS.

Diversos autores avalizam a segurança de enxertos ósseos fornecidos por Bancos que adotam metodologia adequada de seleção de doadores e controle de qualidade. Porém, quando utilizados esses critérios, até 22% do material coletado será descartado devido a algum resultado de exame bacteriológico ou sorológico (GALIA, 2004).

3.4 BIOÉTICA E TRANSPLANTES

Em 1968, o conceito de ME ganhou nova definição quando a Comissão da Escola de Medicina de Harvard (*Committee of the Harvard Medical School*), posteriormente conhecida como Comissão de Morte Cerebral de Harvard (*Harvard Brain Death Committee*), publicou um relatório no *Journal of the American Medical Association* intitulado “Uma definição para o coma irreversível” (*A definition of irreversible coma*). Esse relatório tornou-se o documento oficial de divulgação dos critérios de ME, passando a ser adotado pela maioria dos países, em 1981 (MORAES et al., 2006).

Atualmente, a morte e o morrer são vistos e refletidos de formas diferentes, dependendo da cultura na qual o indivíduo está inserido. No momento da captação, a família do potencial doador de órgãos para transplante encontra-se fragilizada devido à perda de seu ente querido e esta situação pode ainda agravar-se, caso seu luto não seja respeitado, e pelo

fato de ter que decidir pelo outro, sobre a doação de órgãos, naquele instante (BOUSSO, 2008).

Stacechen (2009) preconiza que o transplante de órgãos e tecidos é a própria realização do desejo de prolongamento da vida, que necessita que um morra para que outro continue a viver. De um lado, tem-se uma família que perde alguém para salvar outro, sendo esse, provavelmente, um desconhecido. A ideia de transcendência à morte, proporcionada pela doação, de acordo com Stacechen, surge com dois sentidos muito próximos, e que talvez sejam duas concepções sobre um mesmo tema:

- 1- O ato de doar como uma ação que possibilita estender a vida do receptor através do órgão recebido de alguém que já não vive mais, ou seja, se já não é mais possível ter a pessoa viva, que um outro possa desfrutar esta dádiva
- 2- A experiência única dos familiares de doadores que após o processo de transplante ter sido concluído, acabam por conhecer os receptores e suas respectivas famílias, e imaginariamente reconhecem no receptor um pedaço vivo e presente do doador e, portanto, veem, escutam, sentem que uma parte do doador está ali, permanece viva – representando um sentido de recompensa, de que além da boa ação que fizeram, há o benefício de poder contar ainda com um pedaço que representa a totalidade do doador

Reconhece a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (2005)

que as decisões sobre questões éticas na medicina, ciências da vida e tecnologias associadas podem ter um impacto sobre os indivíduos, famílias, grupos ou comunidades e sobre a humanidade como um todo.

Assim, seria imprudente discutir a doação de órgãos, de tecidos e transplantes apenas na dimensão quantitativa, sem considerar o respeito à qualidade de vida das pessoas, e outros conceitos fundamentais relacionados com a ética, como autonomia, cidadania, direitos humanos, liberdade, dentre outros (UNESCO, 2005).

Cada pessoa traz consigo moralidades estabelecidas de acordo com suas crenças, sua religiosidade e sua história de vida. Não se pode julgar valores morais distintos, numa sociedade de plurais, do ponto de vista cultural, social e religioso. A visão de moralidade de um profissional da área de saúde não é melhor do que a de qualquer outra pessoa (MUÑOZ et al., 1999).

O que diferencia os profissionais dos pacientes é o saber técnico que não representa, contudo, poder sobre o paciente. Quando um profissional, em nome da beneficência, ou ainda julgando saber exatamente o que é melhor para seu paciente, impõe uma terapêutica contrária

ao desejo do mesmo, esse profissional deixa de ser beneficente e passa a agir sob o prisma do paternalismo. Pode-se conceituar paternalismo como a interferência do profissional de saúde sobre a vontade de pessoa autônoma, mediante ação justificada por razões referidas, exclusivamente, ao bem estar, alegria, necessidades, interesses ou valores de pessoa que está sendo tratada (MUÑOZ et al., 1999).

Diversos autores sustentam que seria moralmente justificável que as políticas de focalização na área da atenção médica avançada incluíssem o transplante de órgãos e tecidos, frente à escassez brasileira de recursos sanitários. A questão da escassez de órgãos e tecidos faz com que se tenha na distribuição dos mesmos uma alternativa de minimização da dificuldade (RIBEIRO; SCHRAMM, 2006).

3.5 PERSPECTIVAS E MEDIDAS EDUCACIONAIS

Na área de doação e de transplantes, a educação, tanto pública quanto profissional, é essencial, pois nesse cenário mais do que em qualquer outra da medicina, a participação dos profissionais de saúde e da sociedade é um dos principais fatores determinantes do sucesso ou do fracasso dos programas de transplante (GARCIA, 2006).

As medidas educacionais, assim como as organizacionais, são as que necessitam de maior investimento, destacando-se a educação para estudantes da área da saúde; educação para profissionais da saúde e educação para a mídia, pois através dela, podemos discutir com a população o significado da doação de órgãos e tecidos, a legislação com relação aos transplantes, o conceito de morte encefálica e os problemas gerais desta área (GARCIA, 2006).

Para Pessalacia et al. (2011) devemos ressaltar a importância de programas de capacitação que tenham como foco o relacionamento terapêutico e a abordagem comportamental, nos quais o profissional de saúde possa melhor conhecer os seus valores acerca da vida e da morte, aprenda a aceitar os valores dos pacientes e suas famílias e, a partir de sua própria estruturação emocional, consiga prestar uma assistência de qualidade, não dispensando o seu preparo para lidar com as questões sociais, emocionais e morais em torno da família do potencial doador de órgãos e tecidos.

Roza (2005) enfatiza ser imprescindível revermos algumas questões que dizem respeito à doação de órgãos e tecidos e, se necessário, alterarmos algumas práticas tais como a

capacitação dos profissionais envolvidos na assistência de captação de órgãos para que haja a comunicação adequada das etapas do processo de doação e promoção do acolhimento aos familiares da entrevista à devolução do corpo, incentivar pesquisas em relação aos familiares e doadores falecidos, incorporar nos indicadores de saúde a satisfação dos familiares dos doadores falecidos no processo de doação e criar estratégia de acompanhamento das famílias pós-doação.

Considerando todos os aspectos citados anteriormente, propõe-se demonstrar à população em geral a importância social da doação e transplante de tecido ósseo, sugerindo que o delineamento das campanhas deve direcionar intervenções para todas as classes sociais e culturais, sensibilizando-os para a importância da doação e motivando-os a tomar essa decisão, informando-a ao seu grupo familiar.

4. CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1. TIPO DE PESQUISA E LOCAL DE ESTUDO

Para a realização do presente estudo foi utilizada a abordagem quali-quantitativa. Trata-se de um estudo transversal descritivo, de caráter retrospectivo, não experimental elaborado a partir das contribuições de LoBiondo-Wood e Haber (2001) e de Polit et al. (2004). No primeiro momento, foram revisados prontuários de doadores de órgãos do SPOT e, posteriormente, realizadas entrevistas com os familiares que autorizaram a doação de órgãos e tecidos; porém, esses discordaram pela doação de tecido ósseo.

No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. O *significado* tem função estruturante, apontando que em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde (TURATO, 2005).

Morse e Field (1995) organizando uma definição detalhada de métodos qualitativos, assim os caracterizam: “Indutivos, holísticos, êmicos, subjetivos e orientados para o processo; usados para compreender, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas a um fenômeno ou a um *setting*”. Deve-se principalmente trazer conhecimentos originais e não se fixar em confirmar as teorias já existentes.

De acordo com LoBiondo-Wood e Haber (2001), estudos transversais examinam dados num ponto do tempo, isto é, os dados são coletados apenas numa ocasião com os mesmos assuntos e não sobre os mesmos assuntos em vários pontos do tempo; são menos dispendiosos e mais controláveis pelo pesquisador, porém pelo fato dos sujeitos da pesquisa não serem acompanhados ao longo do tempo, são incapazes de servir como seus próprios controles. O estudo transversal envolve a coleta de dados de um determinado período de tempo (POLIT et al., 2004), como se propôs na pesquisa atual.

A abordagem retrospectiva explora diferenças entre as variáveis, oferecendo um nível mais elevado de controle do que o estudo correlacional (LOBIONDO-WOOD; HABER,

2001). Nesse tipo de investigação, podem-se observar fenômenos do presente, vinculando-os com o ocorrido no passado (POLIT et al., 2004).

A escolha desta abordagem metodológica foi alicerçada na necessidade de se compreender os fatores que influenciam a negativa para doação de tecido ósseo. Portanto, são necessários estudos sobre a percepção que os sujeitos têm acerca da doação e do transplante desse tipo de tecido, que corresponde a uma área de política pública de saúde disponível em nosso país.

4.2. PERÍODO DO ESTUDO

O período de janeiro de 2009 a junho de 2012 foi reputado como sendo o ideal, devido ao fato do SPOT de Ribeirão Preto ter iniciado a solicitação da doação de tecido ósseo para captação, através de um Banco de Tecidos Musculoesqueléticos da cidade de Marília, Estado de São Paulo.

O SPOT de Ribeirão Preto está localizado no HCFMRP-USP desde 16 de novembro de 1998 que integra a CNCDO do Estado de São Paulo, envolvendo vários Hospitais de alta complexidade e Hospitais de médio porte, de natureza pública e privada, tendo como área adstrita: Direção Regional de Saúde (DRS) III de Araraquara contemplando 25 municípios, DRS V de Barretos com 21 municípios, DRS VIII de Franca com 22 municípios e DRS XIII de Ribeirão Preto com 26 municípios, abrangendo, dessa forma, um total de 94 municípios do Estado de São Paulo, (Fig. 3).

Figura 3 – Mapa do Estado de São Paulo. Representação da área do SPOT de Ribeirão Preto-SP



Fonte: Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo. Ribeirão Preto (SP), 2013.

- DRS III – sediada em Araraquara

Municípios de abrangência: Américo Brasiliense, Araraquara, Boa Esperança do Sul, Borborema, Cândido Rodrigues, Descalvado, Dobrada, Dourado, Fernandes Prestes, Gavião Peixoto, Ibaté, Ibitinga, Itápolis, Matão, Motuca, Nova Europa, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, Rincão, Santa Ernestina, Santa Lúcia, São Carlos, Tabatinga, Taquaritinga, Trabiju.

- DRS V – sediada em Barretos

Municípios de abrangência: Altair, Barretos, Bebedouro, Cajobi, Colina, Colômbia, Embaúba, Guaíra, Guaraci, Jaborandi, Monte Azul Paulista, Olímpia, Pirangi, Severínia, Taiacu, Taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro, Vista Alegre do Alto.

- DRS VIII – sediada em Franca

Municípios de abrangência: Aramina, Buritizal, Cristais Paulista, Franca, Guará, Igarapava, Ipuã, Itirapuã, Ituverava, Jeriquara, Miguelópolis, Morro Agudo, Nuporanga, Orlândia, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, Sales Oliveira, São Joaquim da Barra, São José da Bela Vista.

- DRS XIII – sediada em Ribeirão Preto

Municípios de abrangência: Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Guariba, Guatapará, Jaboticabal, Jardinópolis, Luís Antônio, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Ribeirão Preto, Santa Cruz da Esperança, Santa Rita do Passa Quatro, Santa Roza de Viterbo, Santo Antônio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana, Sertãozinho.

4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo deste estudo constituiu-se de familiares de doadores de órgãos e tecidos que não autorizaram a doação de tecido ósseo, no período de janeiro de 2009 a junho de 2012, que assinaram o termo de Autorização de Doação de Órgãos e Tecidos conforme o Art. 4 da Lei nº 10.211/2001 de 23.03.2001 que extinguiu a doação presumida no Brasil e determinou que a doação com doador cadáver só ocorresse com a autorização familiar.

A composição da população foi obtida através de pesquisa nos prontuários do SPOT onde nos deparamos com os seguintes dados:

Tabela 1 - Distribuição do total das notificações, doadores e não doadores de órgãos e tecidos.

Ano	Notificações (CNCDO)	Doadores de Órgãos e Tecidos	Não doadores
2009	129	52	77
2010	117	44	73
2011	90	34	56
2012	52	21	31
Total	388	151	237

Fonte: CNCDO. Ribeirão Preto (SP), 2013

Observamos na tabela 1, que 151 (38,9%) das notificações efetuadas ao CNCDO se converteram em doações de órgãos e tecidos, enquanto que 237 (61,1%) das notificações não foram efetivadas.

Tabela 2 – Distribuição dos fatores relacionados à recusa de doações de órgãos e tecidos.

Ano	Não doadores	Por recusa Familiar	Por Sorologia	Por *PCR	Outros
2009	77	26	5	29	17
2010	73	23	9	19	22
2011	56	22	7	12	15
2012	31	16	1	8	6
Total	237	87	22	68	60

*PCR= Parada Cardiorrespiratória

Fonte: CNCDO. Ribeirão Preto (SP), 2013

Na tabela 2, podemos notar que do total de 237 pacientes não convertidos em doadores de órgãos e tecidos, o maior percentual (36,7%) foi por recusa familiar, sendo que por outros fatores compreendem-se neoplasias, limite de idade, infecções, diagnóstico indefinido, família não localizada e paciente desconhecido.

De acordo com a tabela 3, ressalta-se que de um total de 151 pacientes convertidos em doadores de órgãos e tecidos, 26 (17,2%) autorizaram a doação de tecido ósseo. Desses 26 doadores de tecido ósseo, 19 (73,1%) foram efetivados com a captação desse tecido, sendo os demais doadores não-efetivados por fatores epidemiológicos excludentes.

Tabela 3 – Distribuição do total de doadores de tecido ósseo.

Ano	Doadores de tecido ósseo	Captados	Não Captados	Usuário de droga ilícita	Infecção Pulmonar
2009	5	5	-	-	-
2010	5	3	2	-	2
2011	8	6	2	1	1
2012	8	5	3	2	1
Total	26	19	7	3	4

Fonte: SPOT. Ribeirão Preto (SP), 2013.

Além disso, baseado nos dados obtidos mediante a avaliação dos prontuários do SPOT, verificou-se que havia familiares que residiam em municípios fora da área delimitada para atuação do SPOT de Ribeirão Preto, conforme descrito na tabela 4.

Tabela 4 – Representação dos familiares que residiam em Municípios fora da área adstrita do SPOT.

Ano da doação	Município/Estado	Nº Doadores
2009	Marília-SP	1
	Mococa-SP	1
	Monte Santo de Minas-MG	2
	Prata-MG	1
	Quirinópolis-GO	1
	São Paulo-SP	1
2011	Campo Grande-MS	1
2012	Carneiros-AL	1
Total	-	9

Fonte: SPOT. Ribeirão Preto (SP), 2013

Constatou-se também a existência de dados relativos a doadores que se encontravam fora da faixa etária permitida pelo protocolo do Banco de Tecidos Musculoesqueléticos para doação de tecido ósseo (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos doadores fora do limite de idade permitido pela legislação.

Ano da doação	Idade do doador	Nº Doadores
2009	3	1
	4	2
	7	1
2010	4	1
2011	8	1
2012	2	1
Total	-	7

Fonte: SPOT. Ribeirão Preto (SP), 2013.

Frente aos dados descritos anteriormente, apresenta-se na Tabela 6, relação de todos os doadores de órgãos e tecidos do período, doadores de tecido ósseo, bem como dos doadores excluídos deste estudo, pelo fator idade e área fora de jurisdição do SPOT, de acordo com o hospital onde ocorreram as captações.

Tabela 6 –Relação dos Hospitais que efetuaram as captações de órgãos e tecidos.

Hospitais /Captação	Doadores Órgãos e Tecidos	Doadores de Ossos	Exclusão por idade	Familiar Fora área SPOT
Fundação Hospital Santa Lydia de Ribeirão Preto	1	-	-	-
Fundação PIO XII - Hospital do Câncer de Barretos	1	-	1	1
Hospital Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto	2	1	-	-
Hospital Carlos Fernando Malzoni de Matão	1	-	-	-
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Campus	3	-	-	-
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - UE	51	11	3	7
Hospital Maternidade Santa Izabel de Jaboticabal	3	-	-	-
Hospital Netto Campello de Sertãozinho	4	-	-	-
Hospital Ribeirânia de Ribeirão Preto	2	1	-	1

Hospital Santa Casa de Misericórdia de Araraquara	12	1	3	-
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Barretos	6	2	-	-
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Batatais	2	1	-	-
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Franca	21	1	-	-
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Itápolis	2	1	-	-
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ituverava	1	-	-	-
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Monte Alto	1	-	-	-
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto	16	3	-	-
Hospital Santa Casa de Misericórdia de São Joaquim da Barra	1	-	-	-
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sertãozinho	6	1	-	-
Hospital Beneficente Santo Antônio de Orlândia	1	1	-	-
Hospital São Francisco de Ribeirão Preto	7	1	-	-
Hospital São Lucas de Ribeirão Preto	4	1	-	-
Hospital São Paulo Unimed de Araraquara	2	-	-	-
Hospital Unimed de Bebedouro	1	-	-	-
TOTAL	151	26	7	9

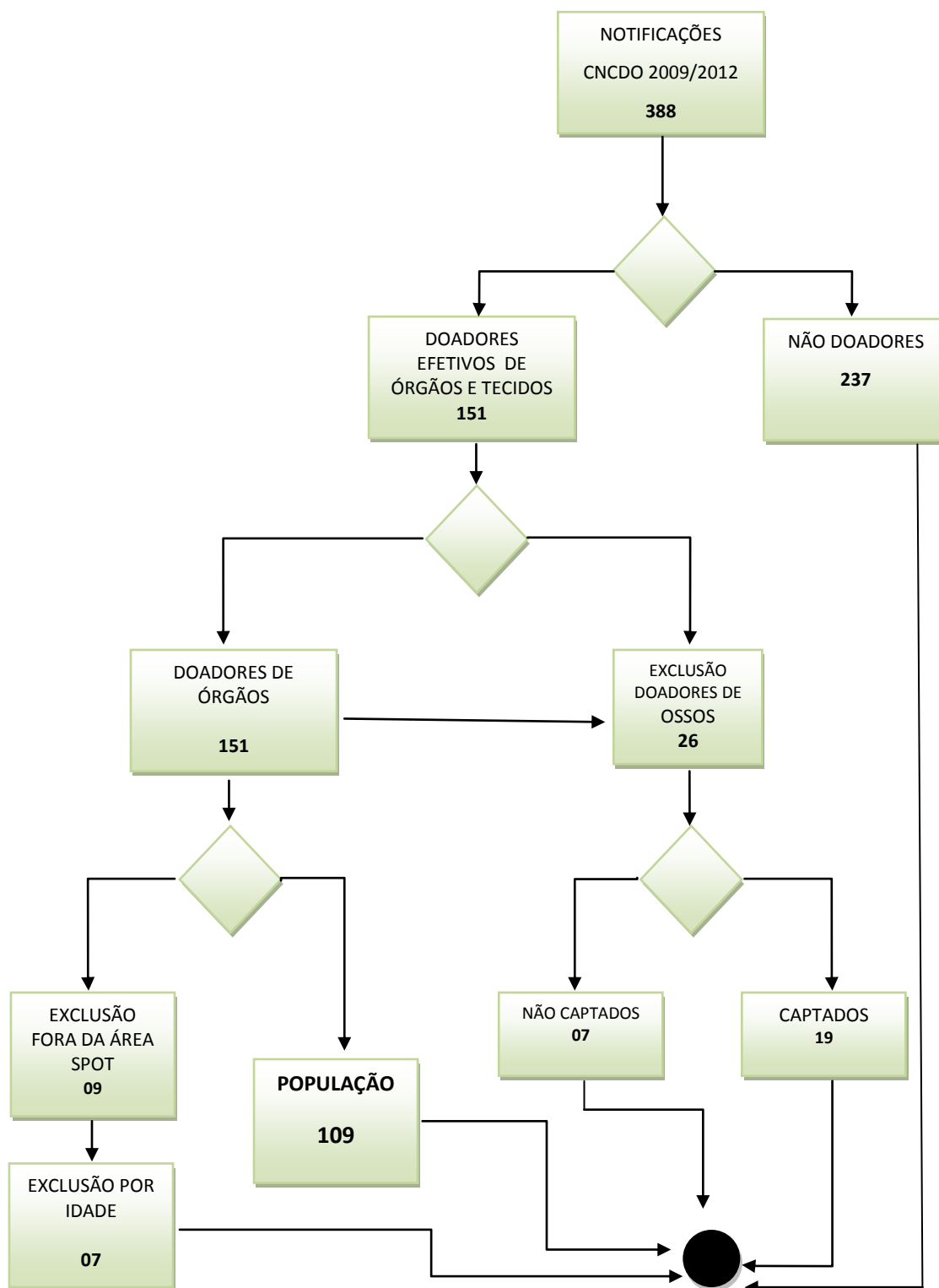
Fonte: SPOT. Ribeirão Preto (SP), 2013.

Observamos na tabela 6, que o HCFMRP-USP – UE, foi o Hospital mais atuante da região adstrita do SPOT, com 51 captações de órgãos e tecidos, representando 33,8%, seguido do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Franca com 21 captações, representando 13,9% e do Hospital Santa Casa de Ribeirão Preto com 16 captações que representaram 10,6%.

Analisando igualmente a doação de tecido ósseo, o HCFMRP-USP – UE, possui a maior representatividade, demonstrando 11 (42,3%) captações do total das doações deste tipo de tecido.

Desta forma, chegou-se a uma população de 109 familiares de doadores de órgãos e tecidos, a qual está descrita conforme o fluxograma, delineado na Figura 4.

Figura 4 – Fluxograma referente à população do estudo.



Fonte: SPOT. Ribeirão Preto (SP), 2013.

4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O estudo contou com critérios de inclusão e exclusão quanto à participação dos sujeitos, contemplando:

a) Critérios de inclusão: familiares de doadores de órgãos e tecidos que assinaram o Termo de Autorização de Doação de Órgãos e Tecidos, conforme o Art. 4º da Lei nº 10.211/2001 e que não autorizaram a doação de tecido ósseo, concordou em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ciência dos objetivos propostos na pesquisa.

b) Critérios de exclusão:

- Familiares de doadores de órgãos com domicílios fora da área adstrita do SPOT;
- Doadores de órgãos e tecidos cuja idade estivesse fora dos critérios estabelecidos pelo protocolo de funcionamento de Banco de Tecidos Musculoesquelético para doação de tecido ósseo; isto é, menores de 10 e maiores de 70 anos;
- Familiares de doadores de órgãos e tecidos que encontrássemos dificuldades de contato tais como mudança de endereço ou telefone;
- Familiares de doadores de órgãos e tecidos que se recusassem a participar do estudo;
- Familiares dos doadores de órgãos e tecidos que autorizaram a doação de tecido ósseo.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

De acordo com a Resolução 196/96 o projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), aprovado pelo protocolo número 94.006 (Anexo IV). Obteve autorização do SPOT de Ribeirão Preto (Anexo III) relativa ao levantamento dos dados dos prontuários dos doadores de órgãos e tecidos e respectivos familiares, bem como, autorização da Dra. Roza (Anexo V) para utilização do instrumento de coleta de dados, validado pela mesma, em sua tese de Doutorado.

Esclarecemos que a pesquisadora não recebeu auxílio financeiro de quaisquer Órgãos ou Instituição.

4.6 INSTRUMENTO DE PESQUISA E VARIÁVEIS DE ESTUDO

O formulário de coleta de dados (anexo I) foi desenvolvido por ocasião da elaboração do projeto de pesquisa, sendo que, para considerar os dados epidemiológicos, tomou-se como referência parte de um questionário desenvolvido e validado por Roza (2005), após autorização formal da autora (Anexo V). Os demais dados específicos referentes ao tecido ósseo foram sugeridos e incluídos pela pesquisadora, avaliado e validado por um comitê de especialistas no assunto composto por:

- a- Coordenador do SPOT situado no HCFMRP-USP;
- b- Diretor Técnico do Banco de Tecidos Musculoesqueléticos do HCFMRP-USP;
- c- Enfermeira da equipe de captação de órgãos e tecidos do SPOT;
- d- Médico Intensivista do HCFMRP-USP com experiência em identificação e manutenção de potenciais doadores de órgãos e tecidos.

O referido formulário de coleta de dados foi desenvolvido contemplando os itens: a) Identificação do doador; b) Considerações do doador; c) Característica familiar; d) Nível de conhecimento sobre o procedimento.

Após submissão do instrumento ao comitê de especialistas foram realizados ajustes pertinentes, definindo-se os seguintes itens para coleta:

- 1- Identificação do doador: registro, nome, sexo, idade, etnia, admissão hospitalar, *causa mortis*, óbito;
- 2- Considerações do doador: relato em vida da intencionalidade de doação de órgãos para transplante;
- 3- Característica familiar: dados pessoais, entendimentos acerca de ME, processo de doação de órgãos e tecidos, tempo decorrido desde a decisão da doação até a liberação do corpo.

Solicitação específica de doação de tecido ósseo, abordando a retirada e a reconstituição do corpo, o motivo pelo qual não foi autorizada a doação e, caso houvesse, melhor esclarecimento sobre o processo, se teria optado pela doação de tecido ósseo.

- 4- Nível de conhecimento: informações prévias sobre transplante de órgãos e de tecido ósseo, contemplando sua finalidade; intencionalidade em ser um doador de órgãos e tecidos e de autorizar uma nova doação de familiar; estratégias sugeridas para esclarecimento da população sobre o processo de doação de órgãos e tecidos.

Para LoBiondo-Wood e Haber (2001), a entrevista é um método, uma técnica de pesquisa que permite ao pesquisador fazer questionamentos verbais ao entrevistado. As entrevistas podem ser face a face ou por telefone, e podem consistir em perguntas dissertativas ou de múltipla escolha.

O estudo transversal envolve um formulário de coleta de dados de um determinado período de tempo (POLIT, 2004), como foi proposto desde o início deste estudo.

Segundo LoBiondo-Wood e Haber (2001), um dos tipos de desenhos não experimentais, o *survey* descritivo/exploratório, é utilizado para coletar descrições detalhadas de variáveis existentes e avaliar condições e práticas correntes. É usado para buscar informações precisas sobre as características dos sujeitos de pesquisas, grupos, instituições ou situações, ou sobre a frequência de ocorrência de um fenômeno. Nesse tipo de abordagem, os dados são coletados por meio de questionário, formulário ou entrevista.

Assim sendo, o formulário de coleta de dados foi constituído por 33 questões fechadas e 11 questões abertas, nos servindo como a um roteiro pré-estabelecido, objetivando orientar o diálogo. Definimos uma questão norteadora: *Como não autorizou a doação de tecido ósseo, qual foi o motivo?* Os familiares manifestaram suas respostas livremente, expressando suas opiniões; o esclarecimento das suas dúvidas era realizado apenas quando solicitado ao entrevistador.

As variáveis do estudo foram estabelecidas, considerando a Legislação dos Transplantes no Brasil, o processo de doação e transplantes e as recomendações dos especialistas que avaliaram o instrumento de pesquisa. Desta forma, as variáveis foram categorizadas considerando os aspectos descritos a seguir

- a) O perfil sociodemográfico e epidemiológico do doador que incluem:
 - **Sexo** – refere-se ao conjunto de caracteres estruturais e funcionais, segundo os quais um ser vivo é classificado como homem e mulher, categorizado em feminino e masculino
 - **Idade** – em anos completos no dia do preenchimento do formulário de coleta de dados, estabelecida pela data de nascimento e analisadas, utilizando médias,

medianas, para resumir as informações e desvios-padrão, mínimo e máximo para indicar a variabilidade dos dados

- **Etnia** – distribuição a *posteriori* dos doadores e familiares segundo a cor da pele em branca, parda e preta
- **Causa Mortis** – É a circunstância em que se deu a ME do doador, que foi classificada em: natural ou traumática, bem como os fatores contribuintes às causas naturais.

b) As características demográficas, educacionais e econômicas do familiar do doador em morte encefálica, que incluem:

- **Sexo** – refere-se ao conjunto de caracteres estruturais e funcionais, segundo os quais um ser vivo é classificado como homem e mulher, categorizado em feminino e masculino
- **Idade** – em anos completos no dia do preenchimento do formulário de coleta de dados, estabelecida pela data de nascimento e analisadas, utilizando médias, medianas, para resumir as informações e desvios-padrão, mínimo e máximo para indicar a variabilidade dos dados
- **Etnia** – distribuição a *posteriori* dos doadores e familiares segundo a cor da pele em branca, parda e preta
- **Escolaridade** – corresponde ao nível de formação, categorizada como ensino fundamental, médio e superior
- **Religião e prática religiosa** – os aspectos religiosos foram considerados a *posteriori*, segundo as religiões e sua interferência.

c) Com a finalidade de analisar o processo e avaliar o resultado da doação de órgãos e tecidos, na perspectiva das famílias, foram estudados os aspectos relacionados ao processo da doação que inclui variáveis qualitativas e quantitativas.

- **Morte Encefálica** – conhecimento anterior sobre ME e se houve dúvidas sobre o diagnóstico
- **Tempo para reflexão** – tempo suficiente para a tomada de decisão sobre a doação

- **Decisão pela doação** – expressa a vontade da família e ou do doador e conhecimento ou não da família sobre a vontade do familiar em ser doador manifestado em vida
 - **Tempo de liberação do corpo** – envolve o tempo transcorrido desde o autorização da doação até o contato para a liberação do corpo no hospital e no IML.
- d) Com a finalidade de analisar as variáveis envolvidas na negativa da doação de tecido ósseo, foram estudados aspectos relacionados à solicitação durante a entrevista familiar, incluindo variáveis qualitativas e quantitativas.
- **Solicitação da doação de tecido ósseo** – expressa a solicitação da doação feita pelos profissionais do SPOT
 - **Ossos a serem retirados** – expressa a informação obtida pelos familiares por parte do SPOT sobre quais ossos seriam captados
 - **Reconstituição do corpo** – envolve a informação dada pelo SPOT sobre como seria a reconstituição do corpo após a captação dos tecidos ósseos
 - **Negativa da doação de tecido ósseo** – motivos caracterizados a *posteriori* pelos familiares que expressam sua correlação com a negativa do consentimento da doação dos tecidos ósseos
 - **Influência da informação sobre a reconstituição do corpo** – aborda a influência que as informações sobre a reconstituição do corpo teria na positividade de um consentimento para a doação.
- e) Com a finalidade de analisar conhecimentos prévios sobre o processo de doação de órgãos e tecidos, também foram estudados os aspectos relacionados à intencionalidade de uma nova doação.
- **Conhecimentos sobre a doação e transplante de órgãos e de tecido ósseo** - demonstra o contato prévio com informações sobre o processo de doação e transplante e sua importância para a população
 - **Intencionalidade das famílias em serem doadores de órgãos e de tecido ósseo** – avaliação do resultado do processo de doação baseado nas respostas positivas e/ou negativas

- **Meios de comunicação** – análise referente aos meios de comunicação que poderiam ser utilizados, segundo os familiares, para esclarecimentos à população do processo de doação e transplante de tecido ósseo.

4.7 COLETA DE DADOS

Inicialmente os dados foram coletados dos prontuários dos doadores de órgãos e tecidos do SPOT de Ribeirão Preto onde os elementos de identificação do doador e do familiar responsável pela autorização foram incorporados a um formulário de coleta de dados semiestruturado (Anexo I).

Foi elaborado um banco de dados contendo informações do prontuário do doador, tais como o registro, data, nome, idade, sexo, raça, tempo de internação, *causa mortis*, nome do familiar autorizador, endereço, bairro, município e telefone.

Para o primeiro contato com os familiares, respeitou-se um período de, no mínimo, três meses pós-luto, buscando minimizar o impacto emocional que o tema poderia trazer aos entrevistados desta pesquisa.

No estudo realizado por Siminoff et al. (2001), foi utilizado como período para inclusão das famílias na pesquisa um tempo de dois a três meses, após a morte do paciente.

Com esse conjunto de informações, estabeleceram-se os primeiros contatos, por meio telefônico, com 109 familiares que constituíram a população onde foram convidados a participarem do estudo após elucidação sobre seus objetivos. Deliberou-se esse contato como primordial, considerando que o ato da doação de órgãos e tecidos pode ser visto pelos familiares como de grande impacto psicológico e emocional. Com essa primeira aproximação, procurou-se apresentar não somente o propósito do estudo como também transmitir credibilidade em relação à fidedignidade da pesquisa.

Como estratégia de busca, esclareceu-se que os contatos telefônicos com familiares, com os quais houve dificuldades de localização, fossem incessantemente pesquisados em outras fontes como na lista telefônica, lista eletrônica, nova solicitação ao SPOT referente a outros telefones para comunicação e, no município de Ribeirão Preto, a pesquisadora se dirigiu ao endereço da residência na tentativa de obter sucesso no contato.

O trabalho de campo realizado compreendeu o período de agosto a dezembro de 2012, respeitando-se as disponibilidades dos familiares; foi iniciado na cidade de Ribeirão Preto por

concentrar o maior contingente de doadores e, posteriormente, se deu nos demais municípios, como observado na tabela 7, a qual apresenta a distribuição dos doadores, sua representatividade e seus respectivos familiar, por DRS.

Tabela 7 – Mapeamento dos familiares de doadores, conforme DRS.

DRS	Nº Familiares de Doadores	%
III - Araraquara	12	11
V - Barretos	4	4
VIII - Franca	24	22
XIII – Ribeirão Preto	69	63
Total	109	100

Fonte: SPOT. Ribeirão Preto (SP), 2013.

Para facilitação no que se refere à localização dos endereços com entrevistas agendadas, utilizamos a ferramenta computacional Google Maps. De acordo com o agendamento, as entrevistas foram feitas pela pesquisadora (70 familiares) e por uma Assistente Social da DRS VIII (5 familiares), totalizando 75 entrevistas. O profissional Assistente Social que participou na coleta de dados foi devidamente capacitado pela pesquisadora tanto no tocante à forma de questionamentos pertencentes ao formulário como também à forma de receber com naturalidade as respostas que iam lhe sendo colocadas, evitando dessa forma, disparidades na metodologia da entrevista.

Inicialmente, após nossa identificação e, a seguir a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (anexo II), sendo depois da sua assinatura, entregue uma cópia ao familiar, e uma segunda via permanecendo com o agente entrevistador para posterior comprovação.

Quanto ao local de realização das entrevistas, esclarecemos que, conforme decisão dos mesmos foi realizada na residência dos respectivos familiares, com exceção de apenas um familiar que optou para que a mesma fosse realizada em seu local de trabalho, tendo como duração média de 30 minutos. Nossa pesquisa foi aprovada pelos mesmos que reconheceram ser uma grande iniciativa no tocante à sensibilização da população em geral, ao que se referem os transplantes de tecido ósseo.

Assim, a composição inicial da população de 109 familiares foi reduzida devido à recusa de 11 familiares, e a não localização de 23 (tabela 8).

Tabela 8 – Composição de exclusão para entrevista dos familiares.

Ano	Nº recusa do familiar	Nº familiar não-localizado
2009	3	5
2010	3	9
2011	4	6
2012	1	3
Total	11	23

Fonte: Autora. Ribeirão Preto (SP), 2013.

Desta forma, a amostra foi integrada por 75 familiares de doadores de órgãos e tecidos, não doadores de tecido ósseo, com os quais agendamos dia, horário e local para a realização das entrevistas.

4.8 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Com base nas informações coletadas por meio do formulário de coleta de dados, foi desenvolvido um banco de dados utilizando o *software Microsoft Access* em formato *Excel*, para sistematização e análises estatísticas, baseando-se em dados descritivos das variáveis qualitativas utilizando as frequências relativas (porcentuais). Para as variáveis quantitativas, também foram usadas médias e medianas resumindo as informações e desvios padrão, mínimo e máximo indicando a variabilidade dos dados, que resultaram nas tabelas dos resultados e discussão. Para análise dos dados foi utilizada a ferramenta Tabela Dinâmica do *software Excel*.

Por meio de um processo continuado, o conjunto dos itens coletados foi analisado, onde se procedeu com a análise dos dados que implicou na utilização do referencial teórico sobre questões relacionadas à recusa na doação de órgãos e tecidos e a doação e transplante de tecido ósseo, procurando estabelecer um processo interativo e integralizado com os dados coletados.

Para Alves-Mazzotti (2001), à medida que os dados vão sendo coletados, o pesquisador vai procurando identificar temas e relações, construindo interpretações e novas questões e/ou aperfeiçoamento às anteriores o que, por sua vez, o leva a buscar novos dados, complementares ou mais específicos que testem suas interpretações.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão apresentadas as análises descritivas dos dados quantitativos e qualitativos para que conheçamos as características do perfil sociodemográfico e epidemiológico do doador em morte encefálica e do seu familiar, como também os dados demográficos, educacionais e os efeitos do processo de doação de órgãos e tecidos nos familiares dos doadores.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS DOADORES DE ÓRGÃOS E TECIDOS EM MORTE ENCEFÁLICA

Neste tópico delinearíamos as variáveis referentes ao perfil sociodemográfico e epidemiológico dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica, compreendendo sexo, idade, etnia e causa mortis.

5.1.1 Sexo, Idade e Etnia

A idade média dos doadores em morte encefálica foi de $42,6 \pm 13$ anos, a mediana de 46 anos, sendo que, o mais jovem tinha 14 anos e o mais velho 68 anos.

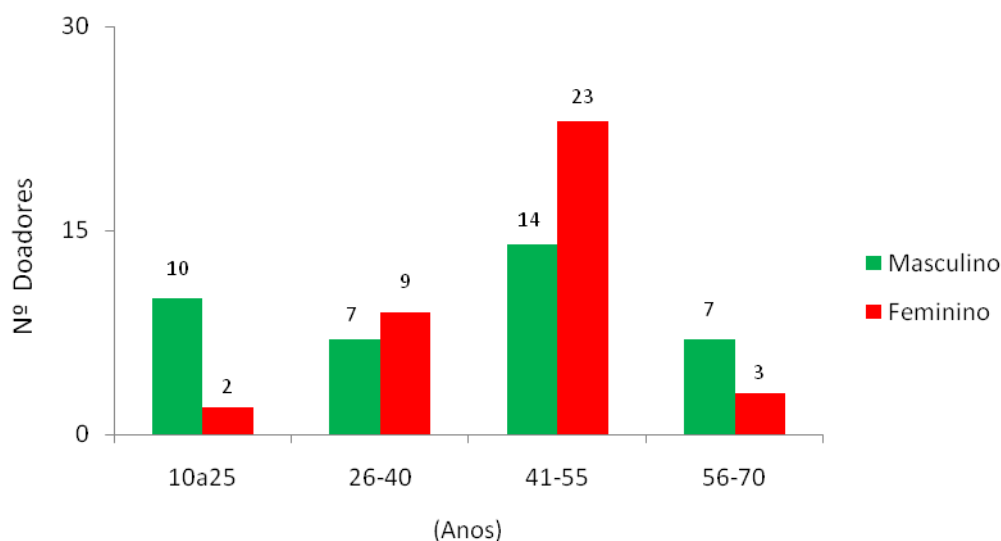
No gráfico 1, constatamos que a faixa etária de predominância foi a de 41-55 anos, representando 37 (49%) doadores, sendo que, dentro dessa faixa etária, o sexo feminino está representado por 23 (62%) doadores e o sexo masculino por 14 (38%) doadores.

No contexto geral, verificamos que não houve diferença significativa entre os gêneros dos doadores em morte encefálica, com frequência de 38 (50,7%) para o sexo masculino e de 37 (49,3%) para o sexo feminino.

Com relação à etnia, no presente estudo, 63 (84%) doadores em morte encefálica foi de cor branca, seguidos da cor parda com 6 (8%) doadores e da cor preta também com 6 (8%) doadores.

Ao comparar os dados censitários do Brasil, publicados em 2010, verifica-se que a distribuição populacional é caracterizada por um percentual de homens de 48,9% e de mulheres de 51,1%. Relacionado à etnia, encontramos 50,7% para a cor parda ou preta, sendo que, na Região Sudeste a maioria da população, com 47,7% se declarou branca. Neste estudo, o percentual de doadores brancos foi de 84%, superior ao índice publicado para a região.

Gráfico 1 - Distribuição de doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=75), conforme o sexo e a idade.



Fonte: Autora. Ribeirão Preto (SP), 2013.

Para a ABTO (2012), os doadores efetivos de órgãos e tecidos no Brasil são do gênero masculino com 61% do total. O padrão encontrado na Espanha, país de referência mundial em captação de órgãos e tecidos, é de 60,7% de doadores do sexo masculino. Assim, os dados do presente estudo, diferem do perfil encontrado nas literaturas citadas, predominando a igualdade entre os sexos.

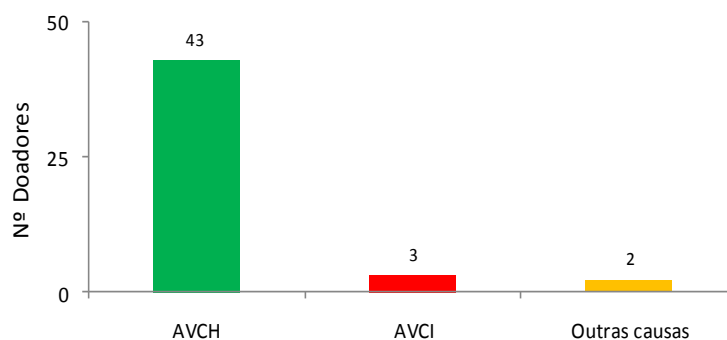
Estudo realizado por Siminoff et al. (2007), nos EUA, evidenciou que certos segmentos da população são menos entusiasmados sobre a doação de órgãos sólidos. Os Afro-americanos relatam opiniões menos positivas sobre a doação quando comparados à maioria da comunidade branca, citando como motivos o medo de ser declarado morto precocemente, a mutilação corporal e a preocupação com a equidade da distribuição dos órgãos no sistema.

Em um estudo realizado por Noronha et al. (2010), em Blumenau-SC, com doadores que tiveram o protocolo iniciado para doação de órgãos e tecidos, a faixa etária predominante foi de 41-60 anos, denotando que a idade do potencial doador vem aumentando, possivelmente como resultado do processo de envelhecimento da população brasileira e da flexibilização dos critérios clínicos de inclusão de doadores expandidos, ou seja, doadores que estão fora do critério ideal para a doação.

5.1.2 *Causa Mortis* Natural

No gráfico 2, verificamos que a predominância da *causa mortis* dos doadores em morte encefálica, por causas naturais foi encontrada em 48 doadores, o que representa 64% do total da amostra. Entre elas, 43 (89,6%) casos de Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH), seguida de 3 (6,3%) casos de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI), e ainda, por outras causas 2 (4,1%), encontramos um caso de hemorragia uterina e crise asmática aguda.

Gráfico 2 – Distribuição de doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=48), conforme *causa mortis* natural.



Fonte: Autora. Ribeirão Preto (SP), 2013.

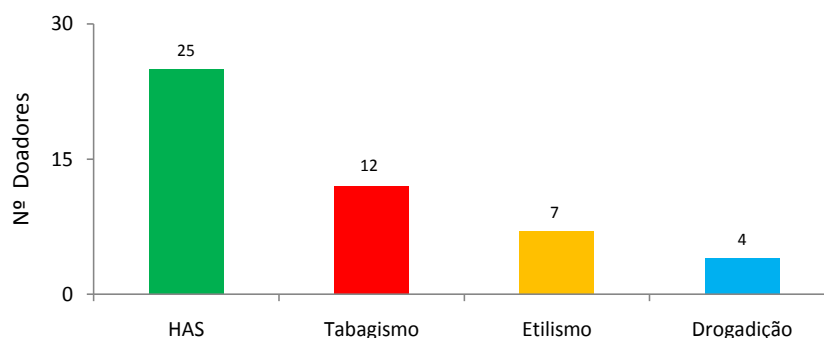
Segundo a base unificada de óbitos FSEADE/SIM/SES/SP, referente ao ano de 2010, no Estado de São Paulo, dados relacionados às causas de morte por fatores naturais, doenças do aparelho circulatório representam a primeira causa de mortalidade no Estado de São Paulo, sendo responsáveis por 29,6% dos óbitos, seguidas pelas Neoplasias (17,5%) e pelas doenças do aparelho respiratório (11,7%) (MENDES, 2011).

Entretanto, do total da nossa amostra, a maioria dos nossos doadores teve como causa morte o AVC com 46 casos (61,3%), sendo o maior percentual entre as mulheres (89,6%) e, entre os homens, os óbitos foram por causas externas (81,5%).

5.1.3 Fatores Contribuintes Relacionados à *Causa Mortis* Natural

Observamos no gráfico 3 que, relacionados aos fatores contribuintes à *causa mortis* natural, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) predominou em 25 (52,1%) doadores, seguida do tabagismo em 12 (25%) doadores, etilismo em 7 (14,6%) e drogadição em 4 (8,3%) doadores.

Gráfico 3 – Distribuição dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=48), segundo os fatores contribuintes relacionados à *causa mortis* natural.



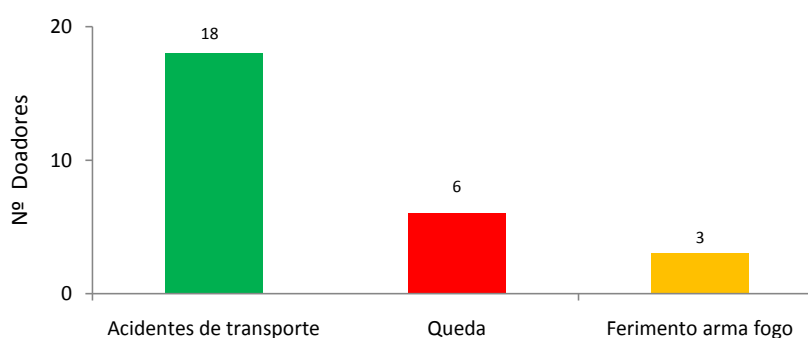
Fonte: Autora. Ribeirão Preto (SP), 2013.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimaram que a HAS foi causa de 7,5 milhões de mortes, cerca de 12,8% do total de mortes anuais. Dados brasileiros de 2008 anotados nos boletins da OMS e discutidos no XX Congresso Brasileiro de Hipertensão 2012 apontam que a prevalência de níveis de pressão elevados acomete, no total, indivíduos acima de 25 anos em 40%. Neste estudo, encontramos a HAS como principal fator contribuinte nas causas naturais de óbitos em 52% dos casos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO - SBH, 2012).

5.1.4 *Causa Mortis* Traumática

No gráfico 4, notamos que a *causa mortis* dos doadores em morte encefálica, por causas traumáticas, foi encontrada em 27 doadores, o que representa 36% do total da amostra.

Gráfico 4 – Distribuição de doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=27), conforme *causa mortis* traumática.



Fonte: Autora. Ribeirão Preto (SP), 2013.

Verifica-se uma diferença significativa entre as *causae mortis*, com predomínio dos acidentes de transporte caracterizada por 18 casos (66,7%) representados por 7 (26%) acidentes motociclísticos, 6 (22,2%) acidentes automobilísticos e 5 (18,5%) atropelamentos, seguidos de 6 casos (22,2%) para quedas e 3 casos (11,1%) para ferimentos por arma de fogo.

Também segundo a base unificada de óbitos FSEADE/SIM/SES/SP, referente ao ano de 2010, no Estado de São Paulo, os acidentes de transporte se tornaram o principal grupo entre as causas externas de óbito, seguidos dos homicídios e com as quedas representando o terceiro maior grupo. Por outro lado, existem grandes diferenças nas taxas de mortalidade entre os sexos, sendo a mortalidade por causas externas entre os homens, quatro vezes maiores que entre as mulheres.

No presente estudo em relação à *causa mortis*, a predominância foi por causas naturais em relação às causas por trauma (64% vs 36%), sendo a principal causa de óbito por causas naturais, o AVC e, por causas externas, os acidentes de transportes, sendo 81,5% do sexo masculino. Dentre os fatores contribuintes encontrados, relacionados à morte natural,

prevaleceu a HAS, não sendo expressivo nenhum fator contribuinte relacionado à morte por trauma.

Quando analisamos a causa de morte por sexos e por faixa etária, verificamos que houve percentual de óbito por causa externa significativamente maior entre os homens de 14 a 45 anos (76,2%) do que entre as mulheres, sendo essas as principais vítimas de acidente vascular cerebral (89,6%).

Cinque e Bianchi (2010), em um estudo com familiares doadores da cidade de São Paulo em 2007 relatam que a causa de ME encontrada foi de 62,5% por causas naturais e 37,5% por causas externas, assemelhando-se com os dados presentes que representam 64% do total dos doadores por causas naturais e 36% por causas externas.

5.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS FAMILIARES DOS DOADORES DE ÓRGÃOS E TECIDOS EM MORTE ENCEFÁLICA

Neste tópico apresentaremos as variáveis referentes ao perfil sociodemográfico dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica, compreendendo sexo, idade, etnia, escolaridade, procedência e religião.

5.2.1 Sexo, Idade e Etnia

A idade média dos familiares entrevistados neste estudo foi de $47,5 \pm 11,8$ anos, a mediana de 46,3 anos, sendo que, o mais jovem tinha 20 e o mais velho possuía 70 anos.

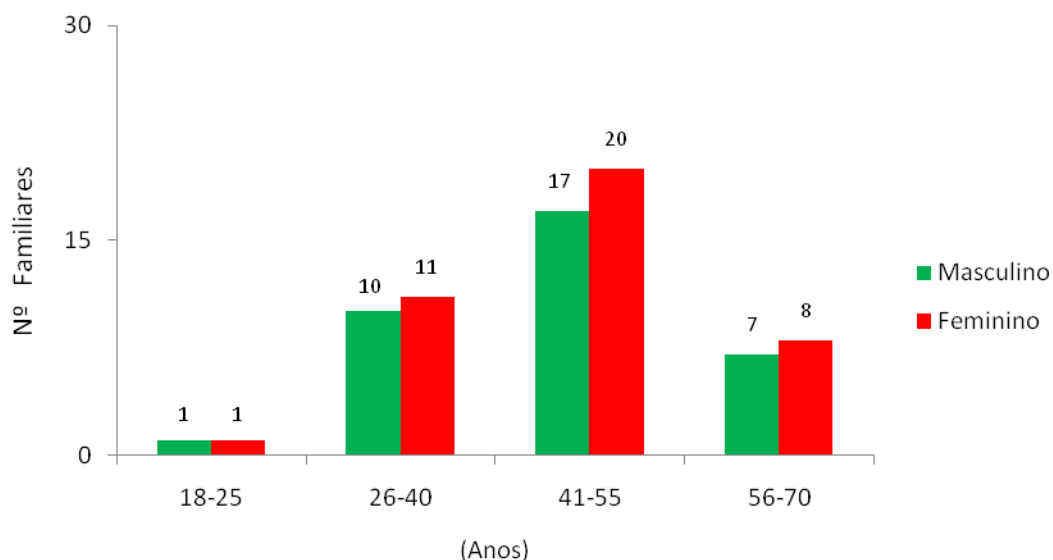
No gráfico 5, constatamos que a faixa etária de predominância foi a de 41-55 anos representando 37 (49%) familiares que participaram do estudo, sendo que, dentro desta faixa etária o sexo feminino está representado por 20 (54%) e o sexo masculino por 17 (46%).

Com relação à etnia, 53 (70,7%) familiares entrevistados declarou-se de cor branca, seguida da cor parda com 14 (18,7%) familiares e da cor preta com 8 (10,7%) familiares.

No estudo de Cinque et al. (2010) com familiares de doadores de órgãos que vivenciaram o processo de doação em uma OPO na cidade de São Paulo, em 2007,

evidenciou-se que 62,5% eram do sexo feminino; a idade variou de 25 a 64 anos, com a média de 41,5 anos, predominando a faixa etária de até 40 anos (56,25%).

Gráfico 5 – Distribuição de familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=75), conforme o sexo e a idade.



Fonte: Autora. Ribeirão Preto (SP), 2013.

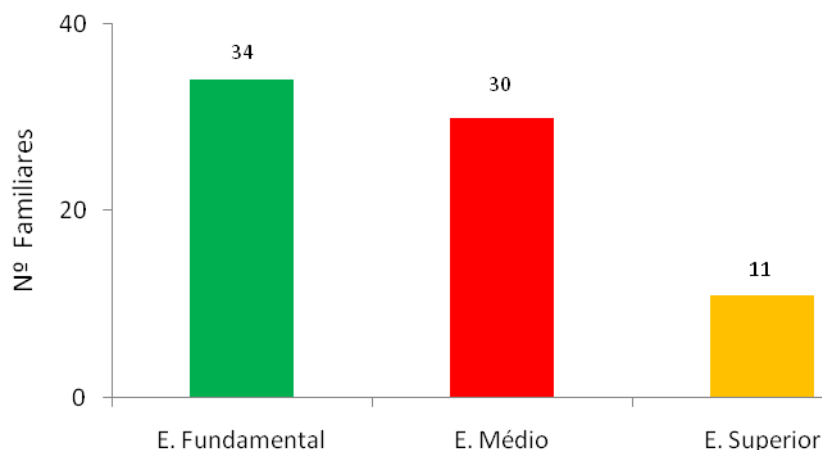
No estudo de Roza (2005), a idade média dos familiares dos doadores foi de 42,7 anos, a mediana de 43. Verificou-se ainda que 55% dos representantes das famílias foram homens e 45% foram mulheres, sendo 69,6% de cor branca; 23,2% cor parda, 4,3% preta e 2,9% de cor amarela. Relata ainda que, a cada um ano que aumenta a idade do parente do doador, diminui em 6% a chance de fazer uma nova doação, como também há uma tendência de que, a cada um ano que aumenta a idade do doador, diminui em 3% a chance de o familiar fazer doação de osso e pele.

5.2.2 Escolaridade

Conforme podemos observar no gráfico 6, o ensino fundamental representa a maior frequência no nível de formação dos familiares entrevistados, compreendendo 34 (45,3%) familiares, seguido do ensino médio com 30 (40%) e do ensino superior com 11 (14,7%).

No estudo de Cinque et al. (2010) o ensino médio representou a maior frequência no nível de formação dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos com 37,5%, seguido do nível superior e fundamental com 31,25% cada.

Gráfico 6 - Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=75), segundo o grau de escolaridade.



Fonte: Autora. Ribeirão Preto (SP), 2013.

Nota-se proximidade na frequência do nível fundamental e médio, no entanto, o nível de escolaridade do familiar não interferiu na permissão da doação já que no presente estudo não apresentou diferença significativa entre os diferentes graus de escolaridade.

5.3 RELIGIÃO, PRÁTICA RELIGIOSA E INTERFERÊNCIA NA DECISÃO PELA DOAÇÃO DOS ÓRGÃOS

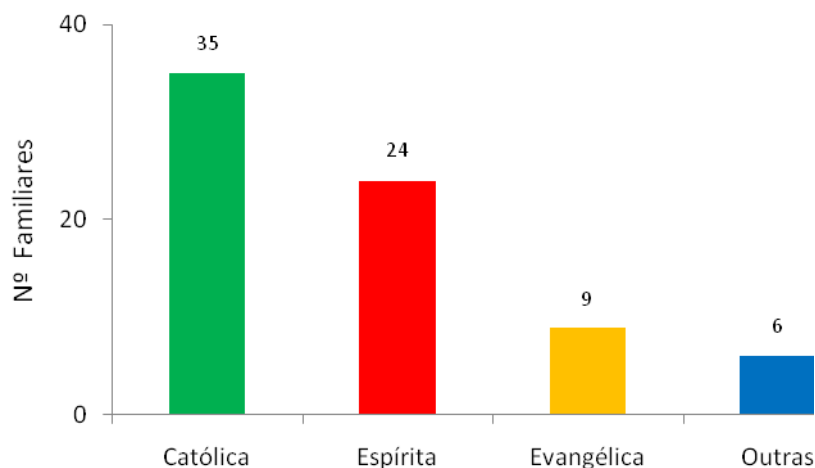
5.3.1 Religião

No gráfico 7, observamos que 35 (46,7%) familiares são Católicos, 24 (32%) familiares são Espíritas, 9 (12%) Evangélicos, 2 (2,6%) Protestantes e 1 (1,3%) Testemunha de Jeová; enquanto que 4 (5,4%) se declararam Ateus.

De acordo com os dados disponíveis, observa-se que a doutrina espírita representa a segunda maior incidência entre os familiares dos doadores, provenientes da região Sudeste, mais especificamente no Estado de São Paulo, o qual de acordo com o IBGE 2010, é a

segunda maior concentração de seguidores do espiritismo, vindo a seguir do Estado do Rio de Janeiro.

Gráfico 7 - Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=75), segundo a religião.



Fonte: Autora. Ribeirão Preto (SP), 2013.

Ao comparar os dados censitários do Brasil, publicados em 2010, ressalva-se o crescimento da diversidade dos grupos religiosos no Brasil. A proporção de católicos seguiu a tendência de redução nas duas décadas anteriores, embora tenha permanecido majoritária com 64,6%. Em paralelo, consolidou-se o crescimento da população evangélica, representados por 22,2%, e o aumento do total de espíritas 2,0%, com um aumento mais expressivo, observado na região Sudeste. Também foi registrado um aumento entre a população que se declarou sem religião (8,0%).

Constatamos ainda que 39 (54,9%) familiares se disseram praticantes de suas respectivas religiões, enquanto que 32 (45,1%) não a praticam. Os quatro familiares que se disseram ateus não interferiram neste quesito. Com relação à interferência da religião no momento da decisão pela doação, 61 (85,9%) familiares declararam que a religião não interferiu na decisão, ao passo que para 10 (14,1%) familiares os preceitos religiosos interferiram na positividade da ação. Apenas um familiar consultou um religioso (Pastor) para corroborar nessa ação.

Dos 10 familiares que declararam haver interferência da religião em sua decisão de doar, todos eram da doutrina Espírita que acreditam ser o corpo material, apenas uma “veste” durante seu ciclo vital de vida, conforme ilustração *a posteriori*:

A doutrina espírita nos auxiliou no momento da doação, pois acreditamos ser um facilitador do entendimento de que o corpo é uma veste e a veste é descartável. (Informação verbal).¹

Em um estudo de Moraes e Massarollo (2009), realizado com oito familiares que recusaram a doação em um SPOT de São Paulo, foi desvelado que a religião é considerada como sendo um dos motivos para recusar a doação de órgãos e tecidos para transplante, mostrando que a crença em Deus alimenta a esperança da família de que um milagre possa acontecer na recuperação dos pacientes. Destacaram ainda, que as crenças culturais, mais do que as religiosas, se opõem à doação, visto que a maioria das religiões, tais como a Católica e a Protestante são favoráveis à doação, classificando-a como um ato de generosidade e solidariedade.

Para Dixon (2000), o ato de doar órgãos, também é visto como forma proativa de manifestar o altruísmo religioso, e a decisão de doar estaria alinhada com convicções espirituais.

Em um estudo de Bendassoli (2011) com familiares de potenciais doadores de órgãos, concluiu-se que não existe influência significativa da religião em relação à opinião de fiéis religiosos, o que corrobora com as conclusões de Randhawa (1998) efetivadas na população asiática, onde a cultura e religião têm papéis menos proibitivos quanto à doação do que o esperado pelos pesquisadores no início da pesquisa.

A hipótese inicial era de que seria possível conhecer e entender diferentes significados atribuídos à doação de órgãos e tecidos, segundo cada religião, porém poucas informações se mostraram presentes relativos à interferência no ato de decidir pela doação.

5.4 EFEITOS NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS EM FAMILIARES DOS DOADORES

Nesse tópico descreveremos as variáveis referentes aos efeitos do processo de doação de órgãos e tecidos, compreendendo conhecimento anterior sobre morte encefálica e suas

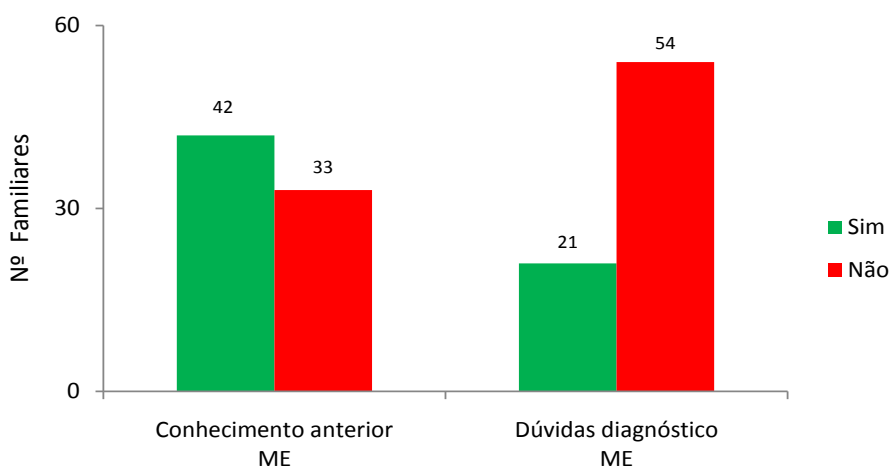
¹ Entrevista familiar nº 5.

respectivas dúvidas, tempo de reflexão necessário para a definição pela doação, desejo do doador expresso em vida e tempo transcorrido para liberação do corpo do doador.

5.4.1 Conhecimento anterior e dúvidas sobre o diagnóstico de morte encefálica

No gráfico 8, podemos observar que 42 (56%) familiares detinham conhecimentos prévios a respeito do diagnóstico de ME enquanto 33 (44%) familiares afirmaram nunca terem obtido informações a respeito.

Gráfico 8 - Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=75), segundo o conhecimento anterior e respectivas dúvidas sobre morte encefálica.



Fonte: Autora. Ribeirão Preto (SP), 2013.

O conhecimento prévio do diagnóstico de ME foi adquirido através de noticiários provenientes da televisão para 27 (36%) familiares, Internet para 8 (10,7%) e nos Hospitais para 7 (9,3%), sendo que desses, dois são funcionários dos referidos Hospitais e cinco foram recebendo esses esclarecimentos através de conversações com profissionais que estavam cuidando do ente familiar.

Para Sadal (2001), o desconhecimento do diagnóstico de ME por parte das famílias, reflete em sua insegurança, na aflição dos familiares por ocasião da permissão da doação e na

dúvida quanto à possibilidade de que o doador pode estar vivo, dificultando, primeiramente, a tomada da decisão e, depois, a convivência com a decisão de haver doado.

Sque et al. (2008), em um estudo com familiares que autorizaram a doação de órgãos, afirmaram que a falta de entendimento sobre a morte cerebral contribui para o conflito e dissonância no ato da doação. Afirmam ainda que as famílias que compreendiam o conceito de ME sentiam menos conflitos, culpas ou incertezas.

Para Dellagnolo et al. (2009,) o conhecimento limitado das pessoas em geral, em relação ao conceito de ME, associada à influência de ver o familiar apresentando uma aparência externa viva, com o coração batendo, e principalmente o corpo mantendo o seu calor, os movimentos respiratórios, cor saudável e com funcionamento de seus principais sistemas, dificulta a compreensão e/ou aceitação da ME, e constituem barreiras para doação de órgãos.

Ainda podemos observar no gráfico 8 que 54 (72%) familiares não referiram dúvidas em relação ao diagnóstico de ME, e que 21 (28%) apresentaram questionamentos.

Dos 21 familiares que apresentaram dúvidas referentes ao diagnóstico de ME, apenas 8 (38,1%) afirmaram que tiveram oportunidade de esclarecimentos, enquanto que 13 (61,9%) disseram que não tiveram esta chance.

Apesar do percentual expressivo (44%) referente ao desconhecimento do diagnóstico de ME, o percentual de dúvidas referente ao diagnóstico foi menor (28%).

5.4.2 Principais dúvidas referidas sobre ME

Na tabela 9, podemos observar que a maior dúvida dos familiares em relação ao diagnóstico de ME e que se refere ao medo de uma morte “só aparente” por estar o ente querido respirando e com o coração batendo está associada diretamente com o medo de estar assinando “a morte” do ente querido através da autorização da doação de órgãos e tecidos, e conseqüentemente, a retirada desses, o que nos representam um percentual de 71,4%.

Tabela 9 – Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos (n=21), segundo as principais dúvidas sobre o diagnóstico de morte encefálica.

Principais dúvidas sobre o diagnóstico de ME	Total	%
Medo da possibilidade de uma morte “só aparente”	10	47,6

Vocabulário utilizado complexo e de forma “vaga”	6	28,6
Sensação de estar assinando “a morte” do familiar	5	23,8

Fonte: Autora. Ribeirão preto (SP), 2013.

Conforme ilustração *a posteriori*, transcrevemos declarações de alguns familiares:

*Um dia após a doação dos órgãos do meu marido assisti na TV uma reportagem sobre o tráfico de órgãos no Rio de Janeiro. Não me esqueço disso, pois imagino até hoje que pode ter acontecido com meu marido e ainda por cima, com a minha autorização! (Informação verbal)*².

*Fiquei entre a razão e a emoção, acreditando em uma possível sobrevivência! (Informação verbal)*³.

*Ficamos com dúvidas porque o horário que foi colocado da morte encefálica no atestado de óbito, foi o horário que terminaram de retirar os órgãos e não o horário em que foi constatada a morte encefálica. (Informação verbal)*⁴.

*Fiquei com muitas dúvidas sobre a morte encefálica porque me disseram que iam esperar 72 horas para comprovar e só esperaram 24 horas para tirar tudo! (Informação verbal)*⁵.

*Tinha muitas dúvidas e fiquei com muito medo de tomar essa decisão para a doação, pois meu irmão talvez ainda pudesse estar vivo, podendo voltar a consciência e eu estaria assinando a morte dele através da retirada dos órgãos. (Informação verbal)*⁶.

*Ainda hoje fico com o pé atrás referente esta doação, pois tenho a sensação que assinei a morte do meu marido, pois ele ainda estava respirando! (Informação verbal)*⁷.

Em uma pesquisa realizada por Cinque et al. (2007), com familiares de doadores falecidos de órgãos da cidade de São Paulo, a notícia da ME de forma intranquila foi avaliada como uma das fontes de estresse mais frequentes (62,5%), seja pela falta de esclarecimentos necessários sobre o estado do paciente ou até por sentir dúvidas e incertezas quanto ao seu diagnóstico.

Em estudo com metodologia semelhante com familiares doadores que se disponibilizaram, desenvolvido por Roza (2005), mostrou que 66,7% não tiveram dúvidas

² Entrevista familiar nº 12.

³ Entrevista familiar nº 14.

⁴ Entrevista familiar nº 18.

⁵ Entrevista familiar nº 19.

⁶ Entrevista familiar nº 21.

⁷ Entrevista familiar nº 46.

quanto ao diagnóstico de ME, sendo que os demais tiveram tempo de esclarecer suas dúvidas (73,9%), e ainda que 81,8% acharam que tiveram tempo suficiente para refletir sobre a doação.

A autora sugere a hipótese que equipes responsáveis pela entrevista familiar deveriam ter competência técnica e ética para dar conta das questões morais envolvidas no processo de doação. Afirma ainda que os serviços de captação de órgãos e tecidos devem ter um elemento/membro responsável pelo processo de luto dos familiares que se inicia com o acolhimento após a entrevista e encerra-se no acompanhamento até a devolução do corpo do doador nos Serviços de Verificação de Óbito ou no IML (ROZA, 2005).

5.4.3 Tempo para reflexão em efetuar a doação

Em relação ao tempo utilizado pelos familiares para refletirem sobre a positividade da doação, 63 (84%) familiares relataram que tiveram tempo suficiente para definirem a doação, e 12 (16%) familiares disseram que o tempo não foi suficiente para essa ação. Desses últimos, a justificativa foi a de que houve um desrespeito à sua dor, já que lhes foi dito que a decisão teria que ser muito rápida para que a doação pudesse ser efetivada.

Verificou-se que 68 (90,7%) familiares decidiu pela doação na primeira hora após a solicitação da doação pelo SPOT, seguida de 4 (5,3%) familiares que se decidiram entre 1 a 3 horas, e 3 (4%) necessitaram de mais de 3 horas para a decisão.

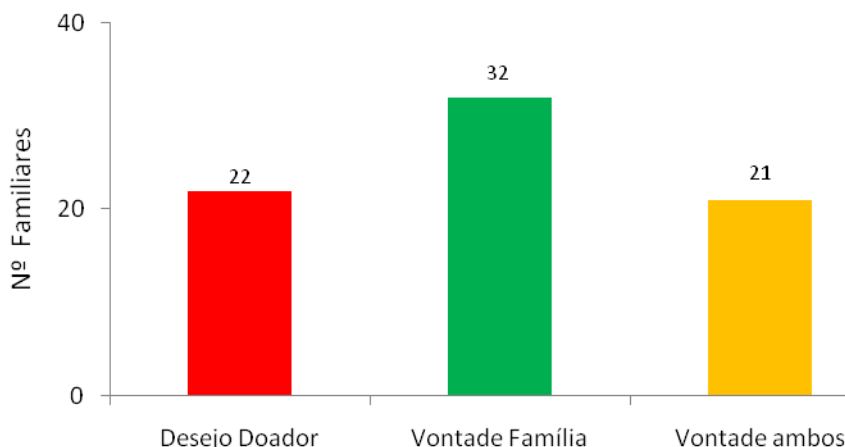
Em um estudo com familiares que autorizaram a doação de órgãos após o diagnóstico de morte cerebral no Irã, Manzarini et al. (2012) identificaram um grande sofrimento durante esse ato; no entanto, houve algum alívio e consolo após o estado emocional, já que alguns membros da família apresentaram situações paradoxais de paz e calma apesar do ressentimento, da dúvida e da incerteza em relação à sua decisão.

5.4.4 Decisão da Doação

No gráfico 9, observamos que 32 (42,6%) familiares foram os responsáveis pela decisão da doação, sendo que desses, 21 (28%) incluía a vontade do doador e do familiar e

para 22 (29,4%) familiares representou somente o desejo do doador. Houve conflito por discordância da decisão em oito familiares que disseram respeitar a vontade do doador.

Gráfico 9 - Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=75), segundo a responsabilidade da decisão pela doação.



Fonte: Autora. Ribeirão Preto (SP), 2013.

Corroborando com este estudo, onde 70,6% dos familiares foram os responsáveis pela doação, Roza (2005) observou que 76,8% dos familiares foram os responsáveis pela doação, sendo que desses, 33,3% incluía a família e o doador; para 11,6% representou o desejo do doador; em 7,2% dos familiares ocorreu conflito familiar; 4,3% respeitaram o desejo do doador, mas provocaram conflitos entre os membros da família.

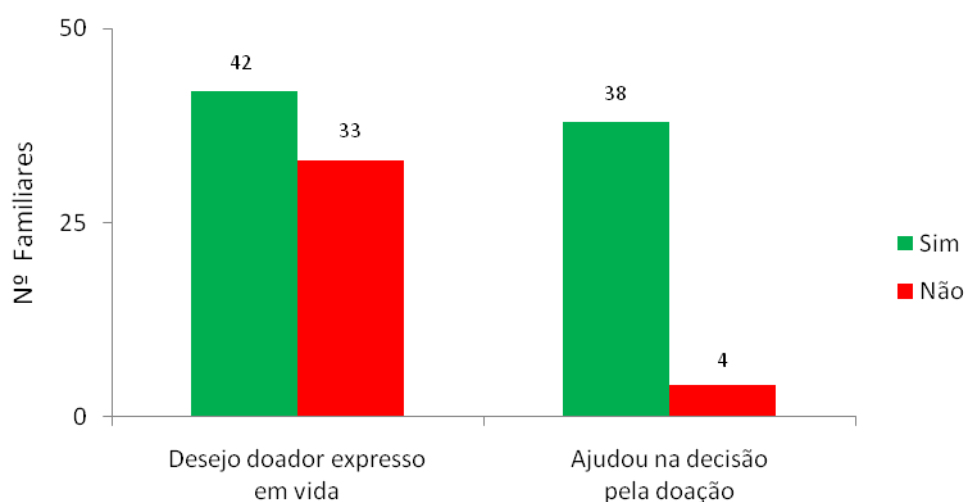
Segundo a Lei nº 9.434/97 que transferiu aos familiares a responsabilidade pela decisão da doação de órgãos e tecidos, de seus parentes falecidos; no presente estudo, a autonomia do familiar mostrou-se como um forte indicador já que para 72% dos familiares, a vontade deles foi a que prevaleceu, sendo que a autonomia do doador foi expressa apenas em 28% das doações efetivadas.

5.4.5 Desejo do doador expresso em vida

No gráfico 10, verificamos que 42 (56%) familiares tinham conhecimento prévio da vontade do familiar em ser doador de órgãos e tecidos, após seu falecimento, e 33 (44%) não sabiam se esse era o seu real desejo.

Observa-se ainda, que do total dos familiares que detinham o conhecimento prévio do seu familiar em ser doador de órgãos e tecidos, 38 (90,5%) disseram que foi importante este conhecimento na tomada de decisão pela doação e 4 (9,5%) enfatizaram que esse conhecimento prévio, no momento pela decisão da doação, é irrelevante.

Gráfico 10 - Distribuição dos familiares dos doadores em morte encefálica (n=75) segundo o conhecimento prévio sobre a vontade do seu familiar em ser doador de órgãos e tecidos e sua influência na decisão pela doação (n=42).



Fonte: Autora. Ribeirão Preto (SP), 2013.

Corroborando com estes dados, o estudo de Roza (2005) encontrou um percentual de 63,2% de familiares que tinham este conhecimento prévio do desejo do doador e 36,8% de familiares que não sabiam se o familiar gostaria de ser um doador. Os dados relatados por essa autora são exatamente similares aos que observamos relativos ao conhecimento prévio sobre a vontade do doador.

Siminoff et al. (2007), em outra investigação com as famílias que autorizaram a doação dos órgãos de um parente falecido, relatam que o conhecimento do desejo da pessoa em vida em relação à doação de órgãos foi importante na tomada de decisão.

Na tabela 10, destacamos algumas colocações referidas pelos familiares, relativas à importância do conhecimento prévio do seu familiar em querer ser um doador.

Tabela 10 – Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=42), segundo o conhecimento da vontade prévia do familiar em ser um doador.

Como esse conhecimento prévio ajudou?	Total	%
Acatamos a vontade dele (a)	17	40,5
Deu-nos segurança para efetuarmos a doação	15	35,7
Ajudou na positividade da doação	10	23,8

Fonte: Autora. Ribeirão Preto (SP), 2013.

Observa-se a importância do desejo expresso em vida em ser um doador de órgãos e tecidos, sendo capaz de dar ao familiar segurança e maior tranquilidade para efetivar a doação.

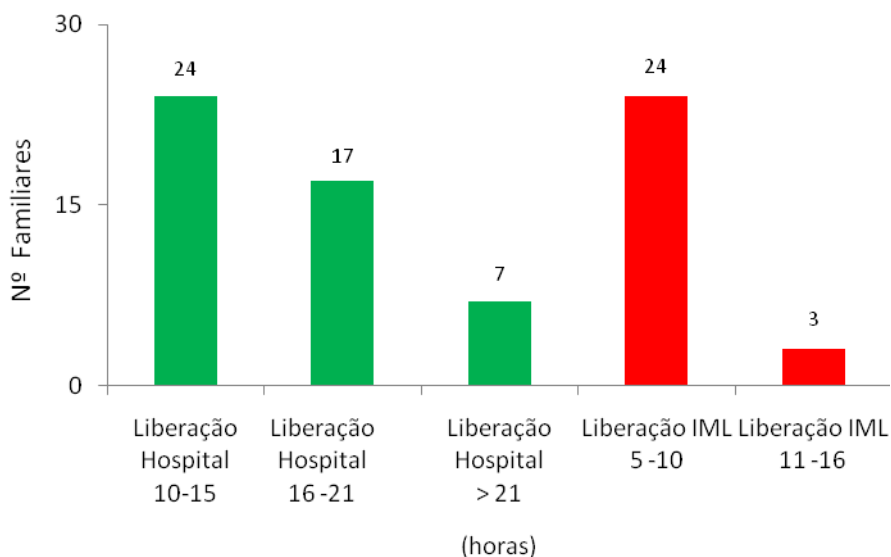
5.4.6 Tempo transcorrido no hospital e no IML para liberação do corpo após a doação

Nota-se no gráfico 11, que a metade de 24 (50%) familiares que tiveram *causa mortis* natural, declarou um tempo para liberação do corpo do doador no Hospital, equivalente a um período de 10 a 15 horas, seguido de 17 (35,4%) em um período de 16 a 21 horas e 7 (14,6%) afirmaram um período superior a 21 horas.

Considerando os 27 doadores que tiveram morte traumática, observou-se que 24 (89%) familiares alegaram um tempo para liberação do corpo dentro de uma faixa que variou entre 5 a 10 horas, seguidos de 3 (11%) que declaram este tempo dentro de uma faixa que variou entre 11 a 16 horas.

Roza (2005) relata em seu estudo que 53,6% dos familiares dos doadores classificaram o tempo de liberação do corpo de seu familiar com respostas negativas, trazendo aspectos éticos que podem ser os determinantes, para que os familiares que vivenciaram o processo tornem-se multiplicadores negativos da doação de órgãos. Uma vez que, ao divulgarem para seus grupos sociais as opiniões sobre o tempo de liberação do corpo, talvez desenhem um cenário desfavorável à doação.

Gráfico 11 – Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=75), segundo o tempo decorrido desde o consentimento da família para a doação dos órgãos e tecidos e a liberação do corpo no Hospital e no IML.



Fonte: Autora. Ribeirão Preto (SP), 2013.

5.4.7 Tempo total transcorrido para liberação do corpo

Nota-se, na tabela 11, que 30 (40%) familiares declararam que o tempo transcorrido desde a autorização para a doação dos órgãos e tecidos até a captação e liberação do corpo do doador pelo Hospital, ou mesmo pelo IML nos casos de morte violenta, ficou dentro da normalidade frente às informações que haviam recebido previamente; enquanto que 45 (60%) classificaram esse tempo de forma negativa, revelando ser um tempo muito demorado, desgastante, cansativo, se sentindo impotentes frente a tal situação.

Pessoa et al. (2013) relata em seu estudo que uma grande parte dos familiares alegou que o tempo para a devolução do corpo é muito longo, sendo este tempo médio equivalente à 24h.

Tabela 11 – Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=75), segundo a classificação do tempo total transcorrido desde a autorização da doação até a liberação do corpo.

Classificação do tempo total transcorrido	Total	%
Normal, o tempo ficou dentro do prazo que nos foi dito	30	40
Muito angustiante, desgastante e cansativo	33	44
Sensação de impotência frente à perspectiva de “esperar”	12	16

Fonte: Autora. Ribeirão Preto (SP), 2013.

Para exemplificar, as respostas classificadas *a posteriori* como negativas foram:

O tempo de liberação do corpo é muito demorado. Minha família me criticou muito falando que minha mãe devia estar igual a um porco aberto na mesa e vocês arrancando tudo o que queriam! Brigamos até com a funerária, porque assim que vocês liberaram o corpo, eles já queriam enterrar sem que a gente pudesse chorar a morte dela um pouco.(Informação verbal)⁸.

O maior problema da demora para a devolução do corpo é que praticamente não tivemos tempo para ficar com ele no velório. (Informação verbal)⁹.

O tempo que demora para devolver o corpo é muito agonizante...a gente quer acabar com toda essa agonia e não consegue. (Informação verbal)¹⁰.

A demora para devolverem o corpo da minha filha foi tão grande que chamamos até a Polícia e ameaçamos de chamar a Imprensa. (Informação verbal)¹¹.

Essa demora pra liberar o corpo é uma falta de respeito muito grande com a gente, parecendo que eles só querem mesmo, é os órgãos. (Informação verbal)¹².

Para Roza et al. (2010), o acompanhamento do corpo, pós-doação, como solicitam as famílias, representa o início do luto pela morte do parente falecido. Portanto, precisamos oferecer esse acompanhamento até sua devolução, como parte da prática de ritual fúnebre cultuado em nossa sociedade. Para tanto, as famílias precisam ter a possibilidade de velar os corpos de seus parentes e, assim, não se arrependem posteriormente da doação. Do

⁸ Entrevista familiar nº 1.

⁹ Entrevista familiar nº 3.

¹⁰ Entrevista familiar nº 10.

¹¹ Entrevista familiar nº 49.

¹² Entrevista familiar nº 64.

contrário, isso corrobora com uma imagem socialmente negativa, construída a partir de experiências danosas à sociedade.

Em um estudo de Cinque et al. (2010), com familiares de doadores de órgãos na cidade de São Paulo, esperar a liberação do corpo foi uma das maiores fontes de estresse (62,5%), sendo considerado também o momento mais desgastante (31,2%). Corroboramos com esses achados através do presente estudo, já que 60% dos familiares relataram momentos de intenso estresse e impotência frente à única opção que lhes foi oferecida: a de “esperar”.

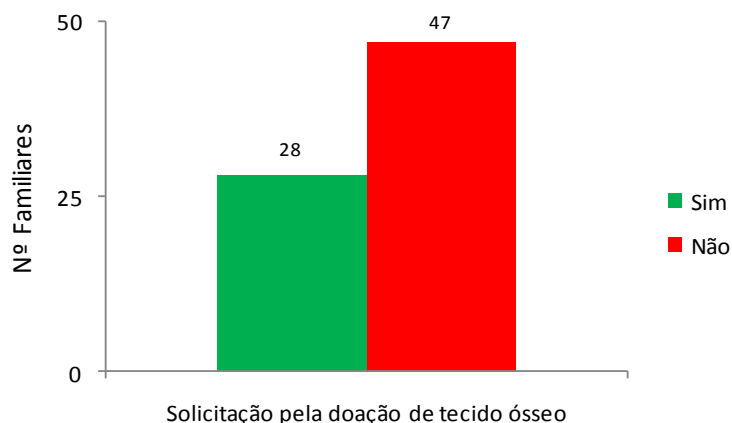
5.5 DOAÇÃO DE TECIDO ÓSSEO

Neste tópico delinearemos as variáveis referentes à solicitação da doação de tecido ósseo, compreendendo informações a respeito dos ossos que seriam captados, a reconstituição do corpo e os motivos que levaram a negativa da doação desse tecido.

5.5.1 Solicitação da doação de tecido ósseo

Observa-se, no gráfico 12, que 47 (62,7%) familiares declararam que não lhes foi solicitada a doação para tecido ósseo, seguidos por 28 (37,3%) que declararam que a solicitação para este tecido foi efetivada.

Gráfico 12 - Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=75), segundo a solicitação do SPOT para doação de tecido ósseo.



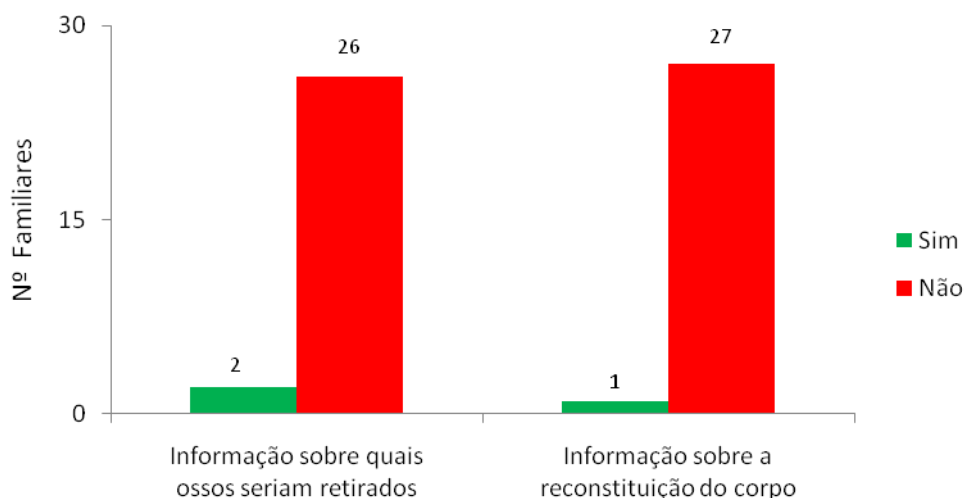
Fonte: Autora. Ribeirão Preto (SP), 2013.

Da análise dos trabalhos publicados na literatura não foi encontrado estudo semelhante que ressaltasse o número de familiares cuja doação de tecido ósseo tenha sido solicitada e efetivada, ou não.

5.5.2 Informações sobre quais ossos seriam retirados e como seria a reconstituição do corpo

No gráfico 13, observamos que do total dos 28 familiares que foi solicitada a doação de tecido ósseo, 26 (92,9%) responderam que não receberam informações referentes aos ossos que seriam retirados do corpo do doador falecido, seguidos de 2 (7,1%) familiares que responderam terem recebido essa informação.

Gráfico 13 - Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos (n=28), segundo informações recebidas do SPOT sobre quais ossos seriam captados e como seria a reconstituição do corpo após a autorização da doação.



Fonte: Autora. Ribeirão Preto (SP), 2013.

Entre aqueles que receberam essa instrução, perguntamos que tipos de informação haviam recebido. Algumas respostas retratam o resultado, descrito a seguir:

Disseram (Assistente Social) que iam tirar os ossos maiores que entendi ser o fêmur (?) e que ela ia ser enterrada sem as pernas. Isso é muito agonizante por isso não doamos!

*Fomos conferir no velório se minha mãe estava sem as pernas. Tiramos todas as flores do caixão e olhamos. Não acho que para doar é preciso deformar. (Informação verbal)*¹³.

*Disseram que iam tirar os ossos grandes e o caixão deveria ser lacrado, aí minha mãe se assustou e não deixou porque íamos levar meu irmão para ser enterrado em Minas Gerais. (Informação verbal)*¹⁴.

Observamos ainda que 27 (96,5%) familiares disseram que não receberam informações referentes à forma de como seria efetuada a reconstituição do corpo do doador, após a retirada dos tecidos ósseos, sendo que, apenas 1 (3,5%) familiar respondeu que por ser Técnica de Enfermagem, havia questionado sobre a reconstituição do corpo e obteve informações assertivas.

Por não terem obtido informações de quais ossos seriam retirados, e ainda, como seria a reconstituição do corpo, algumas colocações dos familiares, serão retratadas:

*Fiquei muito abalada e assustada, pois não sabia que existia esse tipo de doação e nem como meu pai ia ficar. (Informação verbal)*¹⁵.

*Esse negócio de doar ossos é muito bruto, a gente não sabia como ia ficar e tinha que enterrar alguma coisa. (Informação verbal)*¹⁶.

*Ficamos assustados, imaginando que ela ia ficar toda machucada e desarranjada. (Informação verbal)*¹⁷.

*Achamos muito bruta essa questão de doar os ossos até por conta que nos disseram que o caixão deveria ser lacrado. (Informação verbal)*¹⁸.

Relatamos na tabela 12, os motivos referidos pelos familiares que os levaram a não autorizarem a doação de tecido ósseo.

Tabela 12 – Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=28), segundo os motivos que os levaram a não autorizarem a doação de tecido ósseo.

Motivo da não autorização da doação do tecido ósseo	Total	%
Desagrado frente à idéia de mutilação do corpo	17	60,7
Desinformação quanto ao procedimento da captação e reconstituição	11	39,3

Fonte: Autora. Ribeirão Preto (SP), 2013.

¹³ Entrevista familiar nº 1.

¹⁴ Entrevista familiar nº 2.

¹⁵ Entrevista familiar nº 4.

¹⁶ Entrevista familiar nº 7.

¹⁷ Entrevista familiar nº 19.

¹⁸ Entrevista familiar nº 20.

Nota-se, na tabela 12, que 17 (60,7%) familiares relataram preconceito seguido de desgosto frente à ideia de mutilação do corpo e à aparência não preservada do seu ente familiar, seguidos de 11 (39,3%) familiares que relataram não terem autorizado a doação por desconhecerem o que realmente iria ser retirado e como ficaria disposta a imagem do doador.

Para exemplificar o teor destas declarações, destacamos:

Achei que minha filha ia ficar toda deformada, um monstro! Vocês iam colocar algodão para encher o rosto dela? (Informação verbal)¹⁹.

É muito estranho esse negócio de doação de ossos. Nós íamos enterrar o que? Tem que ter alguma coisa pra gente ir chorar no cemitério! (Informação verbal)²⁰.

Não autorizei a doação de tecido ósseo, pois não conhecia isso e nem estava preparada para este tipo de doação. (Informação verbal)²¹.

Se a gente doasse os ossos, como vocês iam deixar ele? Todo desarranjado? (Informação verbal)²².

Achamos triste que ele ia ficar tão desfigurado após a retirada dos ossos, que o caixão deveria ser lacrado! (Informação verbal)²³.

O que já não serve mais pra gente, pode servir para os outros, mas esse tipo de doação de osso não dá por uma questão até espiritual, porque tem que sobrar alguma coisa pra gente poder rezar no túmulo! (Informação verbal)²⁴.

Fiquei assustada com esse pedido de ossos e perguntei o que a gente ia enterrar então? Nada me responderam e disseram que não havia mais necessidade. (Informação verbal)²⁵.

Não doamos os ossos porque eles já iam tirar quase tudo e achamos que tinha que restar alguma coisa pra gente enterrar! (Informação verbal)²⁶.

Assustei-me quando me pediram a doação dos ossos, pois não sabia que existia isso, aí me disseram para deixar prá lá, deixar quieto que já tava bom o que a gente já tinha doado. (Informação verbal)²⁷.

Não autorizei a doação dos ossos pois me falaram que ela ia ficar sem as pernas! (Informação verbal)²⁸.

¹⁹ Entrevista familiar nº 49.

²⁰ Entrevista familiar nº 54.

²¹ Entrevista familiar nº 1.

²² Entrevista familiar nº 30.

²³ Entrevista familiar nº 21.

²⁴ Entrevista familiar nº 55.

²⁵ Entrevista familiar nº 66.

²⁶ Entrevista familiar nº 27.

²⁷ Entrevista familiar nº 49.

Shih et al. (2001), em um estudo na China que avaliou o impacto da doação de órgãos durante os seis primeiros meses após a perda, entrevistou 22 familiares de doadores de órgãos, identificando a preocupação e o medo da desfiguração do corpo do doador como um grande fator de estresse.

Em um primeiro estudo que explorou a percepção dos Coordenadores de Transplantes frente à reação dos familiares de potenciais doadores falecidos, exclusivos de multitecidos, durante a entrevista de solicitação para esta doação e, sua correlação com a aceitação ou recusa, realizado por Rodriguez-Villar et al. (2012) na Espanha, mostrou que os motivos apresentados pelos familiares para não efetuarem a doação de multitecidos incluíam a suposta recusa em vida do potencial doador (30%), as famílias não queriam que o corpo do seu familiar fosse tocado (25%), nenhuma razão em particular (19%), não queriam tomar esta decisão por desconhecerem o desejo do potencial doador (15%) e, tinham conflito com o sistema de saúde, religião e outros (11%).

Para May et al. (2000) parte do processo de sofrimento dos familiares de uma pessoa falecida envolve a disposição de doar partes do corpo, após a morte, podendo este sofrimento ser exacerbado com os procedimentos de remoção dos órgãos.

Roza et al. (2010) concluíram que o fato determinado por May et al. (2000) talvez explique a alta frequência de doação de órgãos comparada à doação de tecidos, pelo temor da deformação do corpo, quando os familiares não são adequadamente informados sobre o procedimento ou não possuem apoio suficiente durante o processo.

Finalizando os questionamentos, quando perguntados se doariam este tecido caso tivesse havido uma explanação concernente aos ossos que seriam retirados e como seria a reconstituição do seu ente familiar, 24 (85,7%) familiares responderam que naquele momento manteriam a não doação, por ser esse tipo de doação um assunto de total desconhecimento por parte deles e demais familiar. Os 4 (14,3%) outros familiares responderam que, caso tivesse havido uma explicação do procedimento como um todo, teriam efetivado a doação do tecido ósseo.

²⁸ Entrevista familiar nº 1.

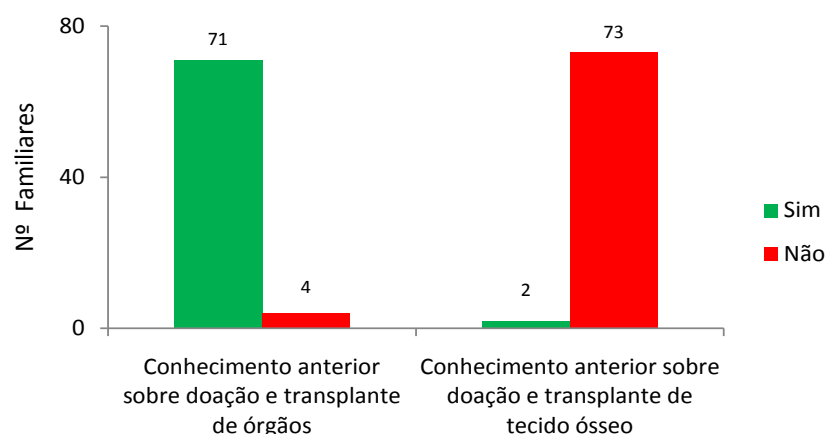
5.6 CONHECIMENTO SOBRE O PROCESSO DE DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDO ÓSSEO E INTENCIONALIDADE DE UMA DOAÇÃO

Neste tópico, delinearemos as variáveis referentes os conhecimentos anteriores sobre doação e transplante de órgãos e de tecido ósseo, intencionalidade em ser doador de órgãos e de tecido ósseo, intencionalidade em autorizar uma nova doação, motivos que os levariam a autorizarem ou não uma nova doação e meios de comunicação para esclarecimento à população sobre doação e transplante de tecido ósseo.

5.6.1 Conhecimentos anteriores sobre doação e transplante de órgãos e de tecido ósseo

No gráfico 14, podemos observar que a maioria de 71 (94,7%) familiares se disseram conhecedores do tema “Doação e Transplante de Órgãos” e de sua importância e, 73 (97,3%) familiares referiram total desconhecimento sobre o tema “Doação e Transplante de Tecido Ósseo”, sendo que os 2 (2,7%) familiares que se disseram conhecedores da doação de ossos, essa noção se deu por desenvolverem atividades profissionais em Hospitais.

Gráfico 14 - Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=75), segundo conhecimentos anteriores sobre doação e transplante de órgãos e de tecido ósseo.



Fonte: Autora. Ribeirão Preto (SP), 2013.

Quintana e Arpini (2009), em um estudo referente às representações sobre as doações de órgãos, com uma população leiga, observaram, na análise, que o reconhecimento da importância e do valor do ato da doação, assim como o conhecimento intelectual do diagnóstico de ME, não são elementos suficientes para a pessoa aceitar doar os órgãos de um familiar caso venha a ser solicitada.

Rodriguez-Villar et al. (2012), em seu estudo na Espanha, através de uma análise multifatorial, concluiu que as variáveis que influenciam a tomada de decisão das famílias em efetivar ou não a doação de multitecidos é a expressão de surpresa, a desaprovação e a urgência na tomada de decisão imediata. O entendimento do conceito de doação de multitecidos ou a vontade prévia do doador não influenciaram na decisão.

Encontramos, no presente estudo, variáveis relacionadas ao total desconhecimento por parte dos familiares sobre o tema doação e transplante de tecido ósseo tais como quais os ossos que seriam retirados e como seria a reconstituição do corpo do ente familiar. Tais variáveis influenciaram diretamente na motivação pela doação desse tecido, pois mesmo quando perguntados se, no momento da solicitação pela doação, tivessem sido esclarecidos, os mesmos ainda teriam optado pela negativa, devido à desinformação e ao desagrado frente à idéia da mutilação do corpo, demonstrando surpresa e desaprovação, corroborando com os estudos de Rodriguez-Villar et al. (2012), a respeito da doação de multitecidos.

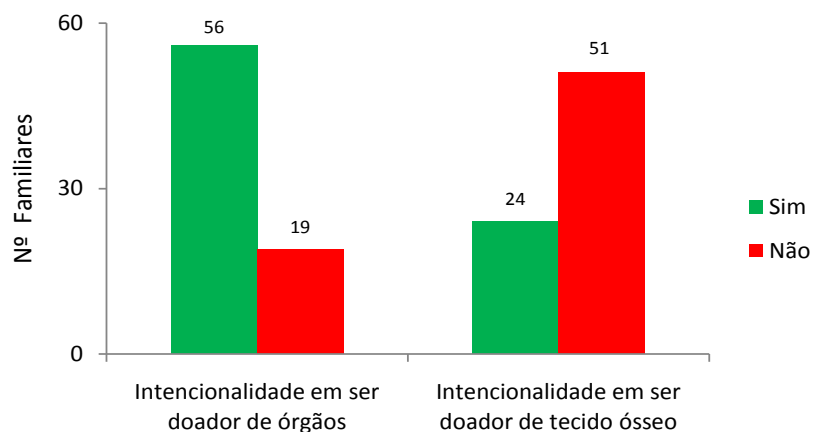
5.6.2 Intencionalidade em ser doador de órgãos e de tecido ósseo

Verificamos no gráfico 15 que 56 (74,7%) familiares que participaram deste estudo, expressaram o desejo em serem doadores de órgãos, seguidos de 19 (25,3%) que disseram não terem a intenção de serem doadores.

Observa-se ainda, que 51 (68%) familiares expressaram a não intencionalidade em ser um doador de tecido ósseo, enquanto que 24 (32%) expressaram essa intencionalidade.

A não-intencionalidade tanto para órgãos ou para tecido ósseo foi descrita pelos entrevistados em função do apego à matéria, enquanto que aqueles que têm intencionalidade em doar o tecido ósseo, eles o fariam após terem obtido informações específicas, sobre a captação e a reconstituição do corpo.

Gráfico 15 - Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=75), segundo a intencionalidade em ser um doador de órgãos e de tecido ósseo.



Fonte: Autora. Ribeirão Preto (SP), 2013.

Para exemplificar, as respostas classificadas a *posteriori* como positivas para doação de órgãos, foram:

*Gostaria de ser um doador, para ajudar o próximo. (Informação verbal)*²⁹.

*Sou muito generosa e independente do stress da demora para liberação do corpo é bom saber que outras pessoas foram beneficiadas! (Informação verbal)*³⁰.

*Já que não me serve mais, pode tirar tudo! (Informação verbal)*³¹.

*O nosso corpo é apenas uma veste que, quando partimos, já não nos serve mais. (Informação verbal)*³².

E, para exemplificar as respostas classificadas a *posteriori* como negativas, citamos:

*Não seria um doador, pois o processo de doação pelo qual minha família passou, foi muito dolorido! (Informação verbal)*³³.

*Não doaria, pois acho que tenho que voltar para Deus do jeito que nasci! (Informação verbal)*³⁴.

²⁹ Entrevista familiar nº 2.

³⁰ Entrevista familiar nº 21.

³¹ Entrevista familiar nº 67.

³² Entrevista familiar nº 69.

³³ Entrevista familiar nº 9.

³⁴ Entrevista familiar nº 13.

Pearson et al. (1995), em seu estudo sobre os efeitos positivos da doação de órgãos, concluíram que as famílias que uma vez concordaram em doar os órgãos de seu familiar, eram mais propensos em doar seus próprios órgãos para superar a sua dor.

O presente estudo corrobora com a teoria apresentada por Pearson et al. (1995) tendo em vista que encontramos um alto percentual (74,7%) de familiares propensos a deixarem expresso em vida o seu desejo de ser doador de órgãos.

Analogamente, 59 (78,6%) familiares que participaram deste estudo, após a experiência da doação anterior, expressaram a intencionalidade em autorizar uma nova doação de seu familiar, enquanto que 16 (21,3%) familiares não expressaram esse desejo.

5.6.3 Motivos que levariam os familiares a autorizarem ou não uma nova doação de órgãos e tecidos

Podemos observar na tabela 13 que 31 (41,3%) familiares expressaram motivos humanitários e altruístas para autorizarem uma nova doação, seguidos de 28 (37,3%) que disseram somente autorizar a doação caso o familiar tenha deixado esse desejo expresso em vida ou desde que não houvesse uma demora superior a 12 horas para a liberação do corpo de seu ente familiar, e 16 (21,4%) não autorizariam uma nova doação dos órgãos e tecidos frente à demora para a liberação do corpo, experiência essa, vivenciada na doação anterior.

Tabela 13 – Distribuição dos familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica (n=75), segundo os motivos que os levariam ou não a autorizarem uma nova doação de órgãos.

Intencionalidade em autorizar uma nova doação de órgãos e tecidos	Total	%
Doaria por motivos altruístas	13	17,3
Doaria por questões humanitárias	18	24
Doaria desde que não demorem a liberar o corpo	13	17,3
Doaria desde que a pessoa tivesse feito esta opção em vida	15	20
Não doaria, pois é muito demorado para liberar o corpo	16	21,4

Fonte: Autora. Ribeirão Preto (SP), 2013.

No estudo de Rodriguez-Villar et al. (2012) evidenciou-se que, assim como publicado na literatura de doação de multiórgãos, a utilidade e solidariedade são os principais motivos para a doação de multitecidos. Por contraste, os principais motivos de negativa alegados incluem a suposta recusa em vida, falta de decisão familiar e medo da integridade do corpo.

Para Quintana e Arpini (2009), em seu estudo com possíveis doadores leigos, o incentivo a falar sobre a morte resultaria num aumento da aceitação à doação. Falar de morte faz com que deixe de ser um tema tabu e possibilita que seja conhecido o desejo da pessoa falecida – fator que mais se destacou como facilitador da doação.

5.6.4 Meios de comunicação para esclarecimento à população referente à doação e transplante de tecido ósseo

Na tabela 14, observa-se que o meio de comunicação mais citado pelos familiares dos doadores de órgãos e tecidos para esclarecimentos à população sobre a existência da doação e transplante de tecido ósseo foi a televisão, com 54 indicações, apontado por meio de comerciais em horário nobre e de grande impacto. Observamos também um índice expressivo de 48 indicações que acreditam serem as palestras bastante esclarecedoras, devendo ser feitas em escolas, postos de saúde, ambulatórios e grandes empresas, seguidos da internet e do rádio.

Tabela 14 – Distribuição dos meios de comunicação, segundo os familiares dos doadores de órgãos e tecidos em morte encefálica, que poderiam ser utilizados para esclarecimento da população sobre a doação de tecido ósseo.

Melhor maneira para esclarecimentos sobre doação Tecido Ósseo	Total
Palestras em Escolas	30
Palestras em Postos de Saúde	14
Palestras em Ambulatórios	4
Televisão	54
Internet	13
Radio	3

Fonte: Autora. Ribeirão Preto (SP), 2013.

Exemplificando as opiniões classificadas *a posteriori*, obtemos:

Acredito que deva ser feita uma campanha institucional de Governo para esclarecimento da população sobre este tipo de doação. (Informação verbal)³⁵.

Seria interessante fazer palestras nas grandes Empresas, através do Médico do Trabalho, pois ninguém sabe deste tipo de doação! (Informação verbal)³⁶.

Acho que deveria ser feito uma propaganda a respeito desta doação na televisão, em horários críticos como os da novela das 9 horas da Globo, bem impactante, chocante, para as pessoas se sensibilizarem. (Informação verbal)³⁷.

Sendo a televisão o meio de divulgação mais lembrado pelos familiares dos doadores, acreditamos poder ser uma grande aliada nas campanhas de divulgação da doação e transplante desse tipo de tecido, para que os conceitos inadequados não sejam impedimentos para o aumento do número de doações.

³⁵ Entrevista familiar nº 5.

³⁶ Entrevista familiar nº 3.

³⁷ Informação verbal por meio de entrevista familiar nº 37.

6. CONCLUSÃO

A maioria da população estudada (97,3%) não possuía informações anteriores a respeito da doação e transplante de tecido ósseo. O fator que influenciou a baixa prevalência (17,2%) da doação do tecido ósseo, no que se refere às famílias que autorizaram a doação de órgãos, foi a baixa solicitação deste tipo de doação por parte do profissional responsável pela entrevista familiar (37,3%), que pode ser justificável por não existir na ocasião, um trabalho educativo e expressivo direcionado a estes profissionais, por parte de um Banco de Tecidos Musculares mais próximo da região de Ribeirão Preto.

Encontramos três fatores importantes que influenciaram a negativa da doação de tecido ósseo pelos familiares: desconhecimento sobre quais os ossos seriam retirados, como seria a reconstituição destas estruturas e como se apresentaria o corpo do doador após a captação.

Entretanto, mesmo após a correta informação sobre a doação de tecido ósseo aos familiares durante a entrevista do presente estudo, 68% mantinham a opinião sobre a não intencionalidade deste tipo de doação.

Também foi detectado que a demora na liberação dos restos mortais do familiar por questões de tempo exagerado de captação e reconstituição do corpo, somadas à burocracia que envolve todo o processo de doação foi firmemente lembrado pelos familiares como fatores negativos da doação. Ressalta-se, nessa direção, que a captação de tecidos ósseos adicionaria mais tempo ainda para a liberação do corpo.

Desta forma, há necessidade premente de se estabelecer melhor capacitação e critérios na atuação dos profissionais em relação ao processo de solicitação da doação de tecido ósseo para minimizar a recusa familiar para este tipo de doação, o que pode impactar na maior amplitude e efetividade do desenvolvimento das atividades dos Bancos de Tecidos Musculares permitindo ampliar o acesso ao transplante de tecido ósseo.

Outro ponto fundamental de atuação é o estabelecimento de um processo de acompanhamento em todas as fases da doação, mantendo a comunicação e o acolhimento adequados aos familiares que, segundo relatos nesse estudo, se sentem abandonados após a autorização da doação, bem como, estabelecer um processo de auditoria com a família sobre suas percepções e nível de satisfação relativa à doação de órgãos e tecidos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do presente estudo revelaram o limitado preparo das equipes para a atuação profissional no processo de doação de tecido ósseo, pela ótica dos familiares de doadores de órgãos. Desta forma, julgamos ser necessário fomentar e implementar capacitações, atualizações, discussões de casos e ou trocas de experiências entre os profissionais envolvidos nessas atividades.

Precisa ser abordada a pouca informação existente para a conscientização da população brasileira sobre a doação de tecido ósseo por meio da criação de estratégias de marketing por parte das autoridades governamentais, em relação a todos os pacientes que necessitam de enxertos ósseos e que permanecem nas filas dos ambulatórios dos Hospitais Públicos e Privados deste país aguardando por um procedimento de reconstituição e reparação das estruturas ósseas.

As Instituições de Ensino Superior com cursos da área da saúde devem incluir temas transversais preparatórios aos futuros profissionais para atuar com conhecimento, legitimidade e ética profissional no contexto da doação de tecido ósseo, de órgãos e de transplantes, premissa fundamental àqueles que se propõem a atuar nessa esfera promissora e geradora de saúde e qualidade de vida.

Diferentemente da doação de órgãos, a doação de tecido ósseo precisa ocorrer e ser incentivada em pacientes em coração parado, o que aumentaria sobremaneira os estoques dos Bancos de Tecidos. Estudos prospectivos futuros explorando esse tipo de doação devem ser feitos, objetivando classificar os critérios de elegibilidade, criar protocolos e adequar a infraestrutura dos hospitais e institutos médico-legais para este tipo de captação.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, L. **Doação de Órgãos: a lei da vida**. Brasília, Senado Federal, 78 p. 1998.

ALENCAR, P. G. C.; VIEIRA, I. F. V. Bone Bank. **Rev Bras Ortop**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 524-8, 2010.

ARAÚJO, S.; CINTRA, E. A.; BACHEGA, E. B. Manutenção do potencial doador de órgãos. In: CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2 ed. São Paulo, Atheneu, p. 443-54, 2003.

ARAUJO, E. S. **Transplantes de órgãos e tecidos humanos, e seus limites ético-jurídicos em defesa da dignidade da pessoa humana**. 2006. 181 f. (Dissertação) - UNIFIEO - Centro Universitário FIEO, Osasco (SP), 2006.

ASSIS, F. N. **ADOTE** – Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos, 2008. Disponível em: <http://www.adote.org.br>. Acesso em 21 de maio de 2012, às 23:22h.

ASSOCIACIÓN COLOMBIANA DE TRANSPLANTES DE ÓRGANOS (ACTO). **Estatística 2011**. Apresenta dados referentes às doações e transplantes na Colômbia. Disponível em: <http://www.actocol.org>. Acesso em 8 de maio de 2012, às 19:10h.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. **Registro Brasileiro de Transplantes**, 2012. São Paulo: ABTO. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2012/RBTdimensionamento_2012.pdf. Acesso em 5 de Abril de 2013, às 14:20h.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS (ABTO). **Diretrizes básicas para a captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos**. ABTO, São Paulo, 2009.

BENDASSOLI, P. F. Percepção do Corpo, Medo da Morte, Religião e Doação de Órgãos. **Psicol Reflex Crít**, Porto Alegre, v.14, n. 1, p. 225-40, 2001.

BIONDO-SIMÕES, M. L. P.; MARTYNETZ, J.; UEDA, F. M. K.; OLANDOSKI, M. Compreensão do termo de consentimento informado. **Rev Col Bras Cir**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 183-8, 2007.

BOUSSO, R. S. O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 45-54, 2008.

BRASIL. LEIS. Decreto n. 2.268 de 30 de junho de 1997. Regulamenta a 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**. Brasília, seção 1, p. 13.739, 1997.

BRASIL. Lei n. 10.211, março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2001.

BRASIL. Lei n. 9.434, de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, seção 1, p. 2191-3, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação sobre o Sistema Nacional de Transplantes**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004. Acesso em 12 de Abril de 2012, às 15:15h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal SUS. **Transplante Ósseo**, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24996. Acesso em 29 de Abril de 2012, às 22:50h.

BRASIL. Presidência da República. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1262 de 16 de junho de 2006**. Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 904/GM de 2.000**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-904.htm>. Acesso em 12 de Maio de 2012, às 16:00h.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Portaria nº 1.686/GM de 2002**. Disponível em: <http://www.saudeinfonews.com.br/legislacao.php?Conteudo=Portarias&pagina=1675> Acesso em 12 de Maio de 2012, às 16:20h.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Portaria nº 2.600 de 2009**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html Acesso em 20 de abril de 2012, às 20:40h.

BUGARIN JUNIOR, J. G. **Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos no Brasil – Análise à luz da Bioética e da Biossegurança.** 207 f. (Tese) - Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília (DF), 2007.

CINQUE, V. M.; BIANCHI, E. R. F. Estressores experimentados por los familiares em El proceso de donación de órganos y tejidos para transplante. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, 996-1002, 2010.

CLATWORTHY, M. G.; BALANCE, J.; BRICK, G. W.; CHANDLER, H. P.; GROSS, A. E. The use of structural allograft for uncontained defects in revision total knee arthroplasty. A minimum five-years follow-up. **J Bone & Joint Journal**, USA, v. 83-A, n. 3, p. 404-11, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Critérios do diagnóstico de morte encefálica. In: Conselho federal de Medicina, 1997.

DELL AGNOLO; MILENE C. A Experiência da Família Frente à Abordagem para Doação 375-82, 2009.

DIXON, D. J.; ABBEY S. E. Religious altruism and organ donation. **Psychosomatics**. v.41, n.5, p. 407-11, 2000.

DOPPELT, S. H.; TOMFORD, W. W.; LUCAS, A. D.; MANKIN, H. J. Operational and financial aspects of a hospital bone bank. **J Bone & Joint Journal**, USA, v. 63, n. 9, p. 1472-81, 1981.

FERNANDES, P. M.; GARCIA, V. D. Estado atual do transplante no Brasil. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 128, n. 1, p. 51-2, 2010.

FONSECA, R. J.; DAVIES, W. H. **Bone Induction and the Biology of Grafting. Reconstructive preprosthetic oral end maxillofacial surgery.** 2 ed. New York: Sanders Company. cap 3, p. 41-8, 1995.

FRIEDLAENDER, G. E.; GOLDBERG, V. M. Bone and cartilage allografts: biology and clinical applications. In: **American Academy of Orthopaedic Surgeons**, Park Ridge, Clin. Orthop., p.85-101, 1991.

GALIA, C. R. **Enxertos ósseos liofilizados impactados humano e bovino em revisão de artroplastia total de quadril.** 127 f. (Tese) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), 2004.

GALEA, G.; KERNEY, J. N. Clinical effectiveness of processed and unprocessed bone. **Transfusion Medicine**, Baltimore, Maryland, v. 15, n. 3, p. 165-74, 2005.

GARBUZ, D. S.; MASRI, B. A.; CZITROM, A. A. Biology of allografting. **Orthop Clin North Am**, Stanford, v. 29, n. 2, p. 199-204, 1998.

GARCIA, V. D. A política de transplantes no Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 50, n. 4, p. 313-20, 2006.

GARCIA, V. D. RBT Registro Brasileiro de Transplantes. **Jornal Brasileiro de Transplantes**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 3, 2009.

GAZDAG, A. R.; LANE, J. M.; GLASER, D.; FORSTER, R. A. Alternatives to autogenous bone graft: efficacy and indications. **J Am Acad Orthop Surg**, USA, v. 3, n. 1, p. 1-8, 1995.

GRANJEIRO, R. C.; SOUZA, B. G. S.; ANTEBI, U.; HONDA, E. K.; GUIMARÃES, R. P.; ONO, N. K.; POLESELLO, G. C.; JUNIOR, W. R. Aspectos da distribuição de tecidos músculoesqueléticos de um banco de tecidos. **Acta ortop Bras**, São Paulo, v. 17, n. 6, p. 22-5, 2009.

GRUPO PUNTA CANA (GPC). Organización Panamericana de La Salud. **Dados Estatísticos de 2011**. Conselho Iberoamericano de Donación y Trasplante, Buenos Aires, Argentina. Disponível em: <http://www.grupopuntacana.org>. Acesso em 8 maio de 2012, às 17:30h.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm. Acesso em 3 de Junho de 2012, às 9:40h.

JESUS-GARCIA, R.; FEOFILOFF, E. T. Técnicas de obtenção, processamento, armazenamento e utilização de homoenxertos ósseos. Protocolo do Banco de Ossos da Escola Paulista de Medicina. **Rev Bras Ortop**, São Paulo, v. 31, n. 11, p. 895-903, 1996.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. Health care at the crossroads: Strategies for narrowing the organ donation gap and protecting patients, 2004.

JORGE FILHO, I. O consentimento esclarecido em cirurgia. **Rev Col Bras Cir.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 6, p. 384, 2010.

KREUZ, F. P.; HYATT, G. W.; TURNER, T. C. The preservation and clinical use of freeze-dried bone. **J Bone Joint Surg (AM)**, EUA, v. 33, n.9, p. 863-73, 1951.

LOBIONDO-WOOD, G. L. B.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 330-38, 2001.

LOMBARDI, A. V.; BEREND, K. R.; ADAMS, J. B. Management of bone loss in revision TKA: it's a changing world. **Orthopedics**, Denver, v. 33, n. 9, p. 662, 2010.

MANZARI, Z. S.; MOHAMMADI, E.; HEYDARI, A.; SHARBAF, H. R. A.; AZIZI, M. J. M.; KHALEGHI, E. Exploring families' experiences of an organ donation request after brain death. **Nurs Ethics.**, Reino Unido, v.19, p. 654, 2012.

MAY, T.; AULISIO, M. P.; DEVITA, M. A. Patients, families, and organ donation: who should decide? **Milbank Q**, Reino Unido, v. 78, n. 2, p. 323-36, 2000.

MENDES, J. D. V. **Mortalidade no Estado de São Paulo em 2010.** Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde – GAIS da Secretaria de Estado de Saúde. Ano 3, nr 11, 2011. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/gais-informa/jornal_gais_novembro_2011.pdf. Acesso em 3 de Maio de 2013, às 22:15h.

MENDES, A.; SILVA, J.; DALLARI, S. Bioética e Direito. **Revista Bioética**, Brasília, v. 1, n. 2, Nov. 2009. Disponível em http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/498/315. Acesso em 27 de Março de 2012, às 14:50h.

MORAES, E. L.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. **Acta paul enferm**, São Paulo, v. 22, n. 2, p.131-5, 2009.

MORAES, M. V.; GALLANI, M. C. B. J.; MENEGHIN, P. Crenças que influenciam adolescentes na doação de órgãos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 484-92, 2006.

MORSE, J. M.; FIELD, P. A. **Qualitative research methods for health professionals.** Thousand Oaks, 2 ed., Sage; 1995.

MUÑOZ, D. R.; FORTES, P. A. C. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: COSTA, S. I. F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. Iniciação à Bioética. **Conselho Federal de Medicina**, Brasília. p. 99-110, 1999.

NATHER, A. Musculoskeletal tissue banking in Singapore: 15 years of experience (1988-2003). **J Orthop Surg.**, Hong Kong Academy of Medicine, v. 12, p. 184-90, 2004.

NORONHA, M. G. O.; SETER, G. B.; PERINI, L. D.; SALLES, F. M. O.; NOGARA, M. A. S. Study of the profile of organ and tissue elective donors, and the reasons for non-donation, at the Hospital Santa Isabel, Blumenau, Santa Catarina. **Revista da AMRIGS**. Porto Alegre, v. 56, n. 3, p. 199-203, 2012.

ORGANIZACION NACIONAL DE TRASPLATES (ESPANHA). **Memoria de Actividad**. Espanha: 2013. Disponível em: <https://reports.ont.es/datoshistoricos.aspx>. Acesso em 19 de Outubro de 2013, 10:40h.

PEARSON, I. Y.; BAZELEY, P.; SPENCER-PLANE, T.; CHAPMAN, J. R. A survey of families of brain dead patients: their experiences, attitudes to organ donation and transplantation. **Anaesth Intensive Care**, Australia, v. 23, n. 1, p. 88-95, 1995.

PEREIRA, W. A.; FERNANDES, R. C.; SOLER, W. V. **I Reunião de Diretrizes para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos**. São Paulo, Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2003.

PESSALACIA, J. D. R.; CORTES, V. F.; OTTONI, A. Bioética e doação de órgãos no Brasil: aspectos éticos na abordagem à família do potencial doador. **Revista Bioética**, Brasília, v. 19, n. 3, p. 671-82, 2011.

PESSINI, I.; BARCHIFONTAINE, C. P. In: SADALA, M. L. A. **Doação de Órgãos: experiências de enfermeiras, médicos e familiares de doadores**. São Paulo (SP): Unesp; 2004.

PESSOA, J. L. E.; SCHIRMER J.; ROZA, B. A. Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 323-30, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, p. 38, 2004.

POLIT, D. F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7 ed., Porto Alegre: Artmed, p. 263, 2011.

PROGRAMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES. **A doação de Tecido Ósseo**, 2011. Disponível em: <http://www.transplante.rj.gov.br/site/conteudo/destaque.asp?EditeCodigoDaPagina=31>
Acesso em 29 de Abril de 2012, às 11:20h.

QUINTANA, A. M.; ARPINI, D. M. Organ donation: possible elements of resistance and acceptance. **Pepsic Bol Psicol**, São Paulo, v. 59, n. 130, 2009.

RANDHAWA, G. Na exploratory study examinim the influence of religion on attitudes towards organ donation among the Asian population in Luton. **Nephrol Dial Transplant**, UK, v. 13, p. 1949-54, 1998.

RIBEIRO, C. D. M.; SCHRAMM, F. R. Atenção médica, transplante de órgãos e tecidos e políticas de focalização. Medical care, organ and tissue transplants, and targeted policies. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1945-53, 2006.

RODRIGUES-VILLAR, C.; PAREDES, D.; ALBEROLA, M.; RUIZ, A.; ROQUE, R.; SAAVEDRA, S.; VIZCAINO, F.; PORTILLO, M.; BOHILS, M.; ADALIA, R. Perception of Transplant Coordinator Regarding Relatives' Attitude Toward Tissue Donation Request. **Elsevier Inc Transplantation Proceedings**, Estados Unidos da América, v. 44, p. 2525-528, 2012.

ROZA, B. A.; GARCIA, V. D.; BARBOSA, S. F. F.; MENDES, K. D. S.; SCHIRMER, J. Donación de órganos y tejidos: relación com el cuerpo em nuestra sociedade. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, 2010.

ROZA, B. A. **Efeitos do processo de doação de órgãos e tecidos em familiares: intencionalidade de uma nova doação**. 146 f. (Tese) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2005.

SADAL, M. L. A. A experiência de doar órgãos na visão de familiares de doadores. **J Bras Nefrol**. São Paulo, v. 23, n. 3, p. 143-51, 2001.

SHIH, F. J.; LAI, M. K.; LIN, M. H.; LIN, H. Y.; TSAO, C. I; CHOU, L. L. Impact of cadaveric organ donation on Taiwanese donor families during the first 6 months after donation. **Psychosom Med**, Estados Unidos da América, v. 63, n. 1, p. 69-78, 2001.

SILVA, C. L.; MENDES, J. T. G. **Reflexões sobre o desenvolvimento sustentável**. Petrópolis (RJ): Vozes, p. 11-40, 2005.

SIMINOFF, L. A.; GORDON, N.; HEWLETT, J.; ARNOLD, R. M. Factors influencing families' consent for donation of solid organs for transplantation. **Journal American Medical Association**, Estados Unidos da América, v. 286, n. 1, p. 71-7, 2001.

SIMINOFF, L. A.; MERCER, M. B.; GRAHAM, G.; BURANT, C. The Reasons Families Donate Organs for Transplantation: Implications for Policy and Practice. **The Journal of Trauma**, Estados Unidos da América, v. 62, n. 4, p. 969-978, 2007.

SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES. **Registro Brasileiro de Transplantes**, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/transplantes>>. Acesso em 12 de Maio de 2012, às 17:01h.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **II Consenso Brasileiro para o Tratamento de Hipertensão Arterial**. v. 1, Suplemento, 2012. Disponível em: www.sbh.org.br. Acesso em 15 de Maio de 2013, às 23:15h.

SPRINGFIELD, D. S. Massive autogenous bone grafts. **Orthop Clin North Am.**; Philadelphia, v. 18, n. 2, p. 249-56, 1987.

SQUE, M.; LONG, T.; PAYNE, S.; ALLARDYCE, D. Why relatives do not donate organs for transplants: 'sacrifice' or 'gift of life'? **J Adv Nurse**. Reino Unido, v. 61, n. 2, p. 134-144, 2008.

STACECHEN, L. F. **Famílias doadoras de órgãos: um estudo sociológico sobre os significados atribuídos à doação**. 125 f. (Dissertação) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR) p. 125, 2009.

TURATO, E. T. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Trad. Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília. Brasília: UnB, 2005. Disponível em: www.bioeticacatedraunesco.unb.br. Acesso em 10 de maio de 2012, às 18:45h.

YONGER, E. M.; CHAPMAN, M. W. Morbidity at bone graft donor sites. **J Orthop Trauma**, University of California, Davis, v. 3, n. 3, p. 192-5, 1989.

ANEXO I

Formulário de Coleta de Dados

1- Identificação do Doador – Prontuário SPOT	
Registro:	
Nome:	
Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Data de Nascimento: ____/____/____	
Etnia: Pardo <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	
Data de admissão no hospital: ____/____/____	
Nome do Hospital: _____	
Data do óbito: ____/____/____	
<i>Causa mortis:</i> Trauma <input type="checkbox"/> Não trauma <input type="checkbox"/>	
Principal: _____	
Secundárias: _____	
Fatores contribuintes: _____	
2- Considerações do Doador	
O paciente deixou expresso em vida o desejo de ser um doador? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Como e quando foi expresso este desejo? _____	
Se sim, este conhecimento ajudou na decisão pela doação? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Como? _____	
3- Característica Familiar	
Grau de Parentesco:	
Nome:	
Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Data de nascimento: ____/____/____	
Grau de escolaridade:	
Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental <input type="checkbox"/>	
Ensino médio <input type="checkbox"/> Ensino superior <input type="checkbox"/> Pós-Graduação <input type="checkbox"/>	
Religião: Católica <input type="checkbox"/> Espírita <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/>	

Praticante? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
A religião interferiu no momento da doação? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Como? _____
A família consultou algum religioso para a decisão? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual? _____
Houve a participação ativa de algum religioso neste processo? Que tipo? _____
Etnia(auto-referida): Pardo <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>
Você já tinha ouvido falar de morte encefálica? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Que tipo de informação? TV <input type="checkbox"/> Jornal <input type="checkbox"/> Rádio <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>
O Sr.(a) teve dúvidas sobre o diagnóstico de morte encefálica? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quais as principais? _____
Se sim, teve oportunidade de esclarecer as dúvidas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Houve tempo suficiente para a família refletir sobre a decisão da doação? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Qual o tempo entre a comunicação do diagnóstico de morte encefálica e a decisão da família? _____
A decisão da doação foi: Uma decisão que expressou a vontade da família <input type="checkbox"/> Uma decisão que expressou a vontade do doador <input type="checkbox"/> Uma decisão que provocou conflito na família <input type="checkbox"/> Uma decisão só de um membro da família <input type="checkbox"/> Qual o parentesco? _____
Se houve qualquer tipo de conflito, quais foram os motivos? _____
Qual motivo para não ter efetivado a doação de tecido ósseo? _____
Foi informado quais os ossos que seriam retirados? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Foi esclarecido como seria a reconstituição do doador após a doação do tecido ósseo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se tivesse sido melhor esclarecido sobre a reconstituição do corpo, teria optado pela doação do tecido ósseo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Qual o tempo decorrido entre a decisão de doação e a liberação do corpo após a retirada dos órgãos no Hospital? De 10 a 15 h <input type="checkbox"/> De 16 a 21 h <input type="checkbox"/> Mais de 21 h <input type="checkbox"/> Quais os motivos explicados? _____

Qual o tempo gasto dentro do IML? De 5 a 10 h <input type="checkbox"/> De 11 a 16 h <input type="checkbox"/> Mais de 16 h <input type="checkbox"/> Quais os motivos explicados? _____
Como o Sr.(a) classifica o tempo decorrido desde o consentimento da doação até o contato para a liberação do corpo? Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Como a família entendeu este tempo gasto? _____
4- Nível de conhecimento sobre o procedimento
Anteriormente o Sr.(a) teve informações sobre transplante de órgãos? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Anteriormente o Sr.(a) teve informações sobre transplante de tecido ósseo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
De onde obteve informações sobre transplante de tecido ósseo? Televisão <input type="checkbox"/> rádio <input type="checkbox"/> jornais/revistas <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>
Sabia qual a finalidade da captação e do transplante de tecido ósseo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Gostaria de ser um doador de órgãos? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo: _____
Gostaria de ser um doador de tecido ósseo: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo: _____
Autorizaria novamente um doação de algum familiar? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo: _____
Quais os meios de comunicação o Sr.(a). acharia importante para conscientização da população referente a doação e o transplante de tecido ósseo? TV <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Palestras <input type="checkbox"/> Outros: _____

ANEXO II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO DO PROJETO: PRINCIPAIS FATORES ENVOLVIDOS NA NÃO DOAÇÃO DE TECIDO ÓSSEO EM DOADORES DE ÓRGÃOS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS DE RIBEIRÃO PRETO E REGIÃO

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Enfa. Maria Helena Pompeu

ORIENTADORA: Profa. Dra. Silvia Sidnéia da Silva

Há uma desigualdade entre a quantidade de doadores de órgãos e doadores de tecido ósseo, que também poderia beneficiar várias pessoas no Brasil.

Como você vivenciou um processo de doação de um ente familiar, sua contribuição nesta pesquisa seria de muita importância para entender como foi o processo de diagnóstico da morte encefálica, comunicação com a família e a decisão sobre a doação.

A pesquisa será realizada em uma etapa com uma entrevista e preenchimento de um instrumento de coleta de dados padronizado, com tempo médio da entrevista de 01 (uma) hora.

Você tem a garantia do sigilo e do caráter confidencial das informações que estará prestando à pesquisadora, está garantida sua privacidade.

Haverá benefícios diretos desta pesquisa para você, que poderá obter novos conhecimentos, e suas informações serão extremamente valiosas no sentido de planejamentos futuros acerca dos conteúdos de orientações e educação para a população, relativos à doação de órgãos e tecidos.

Ao participante será garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta instituição, respaldando-se inclusive nos conteúdos preconizados na Resolução 196/96, onde está assegurada a privacidade dos sujeitos. Também não serão oferecidos riscos advindos da participação nessa investigação, pois cada sujeito responderá apenas às questões previamente formuladas (Apêndice I), bem como poderão determinar data, local e horário do encontro, além de retirar-se do estudo no tempo em que lhe convier.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Será garantido a(o) Sr(a) o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa.

Comprometemo-nos a utilizar os dados somente nesta pesquisa.

Não há despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Quaisquer dúvidas de sua parte poderão ser dirimidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto, pelo telefone: 36036915.

Ribeirão Preto, ____/____/____

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora responsável
Profa. Dra. Silvia Sidnéia da Silva
Tel: (16) 38776262 e 91390494

Assinatura da pesquisadora
Enfa. Maria Helena Pompeu
Tel: (16) 9175-4174 e 3968-2548

ANEXO III

Autorização do Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos de Ribeirão Preto para obtenção dos dados sobre os familiares de doadores de órgãos



SPOT - SERVIÇO DE PROCURA DE ÓRGÃOS E TECIDOS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO
Campus Universitário – Bairro Monte Alegre – CEP: 14048-900
FONE: (16) 3602-2777 - oporibeirao@yahoo.com.br



Desde 1968

Ribeirão Preto, 17 de Maio de 2012.

Prezada Profª Draª Luciana Rezende Alves Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UNAERP
Universidade de Ribeirão Preto – Campus Ribeirão Preto

Declaramos que o Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos de Ribeirão Preto, está de acordo com a condução do projeto de pesquisa “Principais fatores envolvidos na não-doação de tecido ósseo de doadores de órgãos em Hospitais Públicos e Privados, de Ribeirão Preto e Região”, sob a responsabilidade da enfermeira Maria Helena Pompeu, COREN 078158, nas nossas dependências, para obtenção de dados sobre as famílias de doadores, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), até o seu final em novembro de 2012.

Estamos cientes que os sujeitos de pesquisa serão Familiares de doadores de órgãos.

Atenciosamente,

Dr. Jeová Nina Rocha

CRM. 55.582

Coordenador do Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos

ANEXO IV

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



PROJETO DE PESQUISA

Título: Principais fatores envolvidos na não-doação de tecido ósseo em doadores de órgãos nos Hospitais Públicos e Privados de Ribeirão Preto e Região.

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04689112.3.0000.5498

Pesquisador: Maria Helena Pompeu

Instituição: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 94.006

Data da Relatoria: 11/09/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, não-experimental, realizado a partir de revisão de prontuários de doadores de órgãos do Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos de Ribeirão Preto-SP (SPOT) referente ao período de janeiro de 2008 à junho de 2012.

Objetivo da Pesquisa:

Determinar a prevalência de doadores de tecido ósseo e as principais variáveis envolvidas na não-doação de tecido ósseo em doadores de órgãos nos Hospitais Públicos e Privados de Ribeirão Preto e Região. Identificar fatores que determinam ou influenciam as atitudes individuais para a doação de órgãos e tecidos: consenso, opiniões contrárias, influência da religião, conhecimento da causa mortis, conhecimento de morte encefálica e a influência do atendimento das equipes de saúde no momento do acolhimento na instituição hospitalar; Verificar a associação das características dos familiares (sexo, idade, cor, grau de parentesco, escolaridade), e dos perfis dos doadores (sexo, idade, cor e causa mortis) com a experiência dos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Também não serão oferecidos riscos advindos da participação nessa investigação, pois cada sujeito responderá apenas às questões previamente formuladas (Apêndice I), bem como poderão determinar data, local e horário do encontro, além de retirar-se do estudo no tempo em que lhe convier. Haverá benefícios diretos desta pesquisa para o participante, que poderá obter novos conhecimentos, e suas informações serão extremamente valiosas no sentido de planejamentos futuros acerca dos conteúdos de orientações e educação para a população, relativos à doação de órgãos e tecidos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6779 Fax: (16)3603-6817 E-mail: cetca@unaerp.br

ANEXO V

Autorização para uso de instrumento de coleta de dados



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Enfermagem



Autorização

São Paulo, 10 de Setembro de 2012.

Prezada
Maria Helena Pompeu
Enfermeira

Venho por meio desta, autorizar a utilização do instrumento de coleta de dados da Tese de Doutorado EFEITOS DO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS EM FAMILIARES: INTENCIONALIDADE DE UMA NOVA DOAÇÃO de 2005, pela Enfermeira Maria Helena Pompeu.

Estou à disposição para eventual questionamento.

Atenciosamente,

Drª Bortira De Aguiar Roza - UNIFESP
Professora da Escola Paulista de Enfermagem
Departamento de Enfermagem Clínico e Cirúrgica
Universidade Federal de São Paulo

Escola Paulista de Enfermagem - Universidade Federal de São Paulo.
Rua Napoleão de Barros, 754 - Vila Clementino - CEP 04024-002 - São Paulo SP - Tel.: 11 5576-4133