

# A INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS RELIGIOSAS NA TOMADA DE DECISÃO PARA A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

FARIAS, Vanessa E.<sup>1</sup>  
CARVALHO, Elexsandra F.<sup>2</sup>  
CHECHELAKY, Débora F.<sup>3</sup>

## RESUMO

A abordagem correta aos familiares pelo profissional da saúde na entrevista de doação de órgãos pode ser fator decisivo na aceitação ou recusa da doação, sabendo que a religião pode influenciar a tomada de decisão, uma abordagem direcionada a esse público poderá ser muito mais eficaz. O objetivo desse estudo procurou as religiões que predominaram na aceitação de doação de órgãos e sua influência sobre ela, analisando prontuários notificados via CIHDOTT do Hospital de Ensino São Lucas. Trata-se de uma pesquisa descritiva, bibliográfica com abordagem qualitativa e quantitativa de corte transversal em prontuários de Janeiro de 2014 a Julho de 2015. Foram selecionados 152 prontuários de pacientes que vieram a óbito neste período e eram potenciais doadores. Os resultados foram analisados segundo Lakatos e Minayo. Após a análise de dados foi possível verificar que as religiões predominantes entre os doadores foram a Católica e a Evangélica, contudo nenhuma das religiões se opõe a doação, porém cada pessoa pode interpretar a Bíblia a sua maneira. Portanto se faz necessário que o profissional que irá abordar os familiares conheça as diferentes crenças para ter uma abordagem mais humanizada e efetiva promovendo um conforto sentimental e espiritual possibilitando uma melhor aproximação (interação) do profissional para com o familiar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Potencial Doador. Crenças Religiosas. Doação de Órgãos.

## THE INFLUENCE OF RELIGIOUS BELIEFS IN DECISION MAKING FOR ORGAN DONATION

## ABSTRACT

The correct approach with relatives by health professionals during the interview about the organ donation can be a decisive factor for the acceptance or rejection of donation, because the religion can influence this decision making, so a correct approach to this public will be more effective. The purpose from this work presents the religions that accepted the organ donation and their influence on it, analyzing reported charts by CIHDOTT at the teaching hospital São Lucas. This work is a descriptive research, bibliographic with a qualitative approach and quantitative with cross-sectional in charts from January 2014 to July 2015. They were selected 152 charts of deceased person in this period which they were potential donors. The results were analyzed according Lakatos and Minayo. After the data analysis was possible to verify the prevalent religions between the donors: catholic and evangelical. These religions aren't against organ donation and then each person can interpret the Bible in their own way. It's necessary that the professional who will approach the relatives, therefore, know about the differences of all the religions to have a humanized and effective approach. As soon, they will promote a sentimental and spiritual comfort to these people, enabling a good interaction by the professional with the family, increasing the organ donations.

**KEYWORDS:** Potential donor. Religious beliefs. Organ donation.

## 1. INTRODUÇÃO

A doação de órgãos e tecidos é considerada pela sociedade, em geral como um ato de solidariedade ao próximo. Porém, o percentual de consentimento para a doação no Brasil corresponde a pouco mais de 50% das famílias abordadas, dado preocupante e que suscita investimento na identificação dos motivos que levam as famílias a negarem a doação, para que atividades de sensibilização sejam planejadas e executadas com foco nas dúvidas que mais acometem as famílias (VERSA, 2013)

Um dos motivos de recusa da doação de órgãos é a crença religiosa onde os familiares esperam que aconteça um milagre, a não compreensão do diagnóstico de morte encefálica e a crença na reversão do quadro onde os familiares alimenta a esperança de que um milagre possa acontecer e que Deus possa ressuscitar ou abençoar o paciente com um milagre, os familiares tem dificuldade em aceitar a manipulação do corpo do parente com a finalidade de retirada de órgãos para transplante por acreditar que o corpo é o templo sagrado de Deus e é intocável. (MORAES, 2009 p 133-134)

A toma de decisão na doação de órgãos é fortemente influenciado pelas crenças religiosas, e muitas vezes os profissionais da área de saúde tem dificuldade de como abordar os familiares dos potenciais doadores e também desconhecem as diferenças que podem haver em cada crença religiosa, tornando ineficiente e dificultosa esta abordagem resultando em uma doação negativa. Desse modo, levantar os índices de abordagem aos familiares de pacientes potenciais doadores e identificar as crenças religiosas que mais influenciam a tomada de decisão na doação tornando-se uma ótima ferramenta de abordagem. (MORAES, 2009 p 133-134).

<sup>1</sup>Professora titular Graduada do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz, 85800-000 Cascavel, Paraná, Brasil. Email: [vanessahge@hotmail.com](mailto:vanessahge@hotmail.com)

<sup>2</sup>Graduada do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz, 85800-000 Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: [elexsandra2010@hotmail.com](mailto:elexsandra2010@hotmail.com)

<sup>3</sup>Graduada do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz, 85800-000 Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: [chechedebora@gmail.com](mailto:chechedebora@gmail.com)

## 2. METODOLOGIA

Conforme Andrade (2005) abrange a pesquisa exploratória como o primeiro passo do trabalho científico, e que constitui o trabalho inicial para outros tipos de pesquisas.

Segundo Barros (2000) para realizar uma pesquisa bibliográfica, é fundamental que o pesquisador faça um levantamento dos termos e tipos de abordagens já trabalhadas por outros estudiosos, assimilando os conceitos e explorando aspectos já publicados. Nesse sentido, é relevante levantar e selecionar conhecimentos já catalogados em bibliotecas, editoras, internet, videotecas etc.

Esta pesquisa é qualitativa e quantitativa. Qualitativa que através de prontuários analisados e também quantitativos, pois reúne informações estatísticas organizadas em percentuais para análise.

O presente projeto constitui-se em uma pesquisa descritiva, bibliográfica com abordagem qualitativa e quantitativa de coorte transversal, confrontando com os achados na literatura. A pesquisa documental terá por base os prontuários. A pesquisa bibliográfica terá como base científica livros e artigos encontrados em banco de dados científicos dos últimos 10 anos. Para atender aos objetivos específicos, a coleta de dados será desenvolvida em quatro etapas: (1) seleção do Hospital de Ensino São Lucas no município de Cascavel-PR, para a obtenção aceite de campo concedente; (2) análise dos prontuários, que foram notificados via CIHDOTT, Janeiro de 2014 a Julho de 2015; (3) Levantar o número de doadores. (4) Identificar as religiões predominantes das famílias doadoras.

Foram analisados 152 prontuários de óbitos no período de Janeiro de 2014 a Julho de 2015, coletamos informações nos registros da CIHDOTT de óbitos por morte encefálica e parada cardiorrespiratória mais registros de abertura de protocolo de doação. Após busca de dados de potenciais doadores abordados comparamos com as respectivas religiões nos prontuários eletrônicos.

## 3. REFERENCIAL TEÓRICO

### 3.1 MORTE ENCEFÁLICA

Segundo a Resolução do Conselho Federal de Medicina, (1480-CFM/97). A Morte Encefálica é a parada total e irreversível das funções encefálicas de causa conhecida e constatada de modo indiscutível, caracterizada por coma aperceptivo, com ausência de resposta motora supra espinal e apneia.

Segundo Império (2007), o processo de morte encefálica inicia-se com o aumento de pressão intracraniana (PIC) devido à expansão volumétrica do conteúdo intracraniano. Durante esta expansão o conteúdo líquórico é drenado e o retorno venoso é comprometido elevando progressivamente a PIC > PAM (incompatível com a vida). A hipóxia celular e o edema contribuem ainda para este aumento. Este processo culmina com a herniação transtentorial do tronco cerebral pelo forame magno que bloqueia por completo a via de única saída, elevando a PIC até o momento que interrompe completamente a circulação arterial encefálica seguindo-se, então, a morte encefálica.

Segundo Tannous (2014), para iniciar o protocolo de ME, o paciente deve preencher alguns critérios bem estabelecidos. É essencial que o paciente esteja com Glasgow 3, sem incursões ventilatórias voluntárias e sem condições confundidoras para o coma, como o uso de sedação e bloqueadores neuromusculares, hipotermia ou distúrbios metabólicos graves. Além disso, todo paciente com suspeita de ME deve ter comprovada por exames de imagem (tomografia ou ressonância de crânio) uma lesão estrutural encefálica suficientemente grave para justificar o exame neurológico encontrado.

Alguns distúrbios são as principais dúvidas da equipe que iniciará o protocolo. O valor do sódio sérico é um deles. Idealmente, o valor de sódio deve ser próximo do normal, abaixo de 155 mEq/L. Entretanto, caso o sódio alterado seja consequência do des controle endócrino-metabólico decorrente do processo fisiopatológico de ME e exista outra causa clara e documentada pare a ME, não há restrição para início do protocolo. Por isso, deve-se evitar iniciar o protocolo com níveis séricos de sódio abaixo de 120 mEq/L e acima de 170 mEq/L (TANNOUS, 2014).

Quanto aos critérios hemodinâmicos, choque descompensados, tratado com doses altíssimas de drogas vasoativas, acompanhada por acidose metabólica grave e altos níveis de lactato sérico não indicam a abertura do protocolo. O exame clínico e muitos dos exames confirmatórios perdem sua validade em condições de extrema labilidade hemodinâmica. Portanto, o ideal é iniciar o protocolo com doses estáveis de drogas vasoativas e com exames de perfusão compensados (TANNOUS, 2014).

A temperatura deve estar acima de 32°C, idealmente acima de 35°C. O protocolo deve ser adiado até a correção da hipotermia moderada.

É muito importante atentar para a suspensão de drogas sedativas, hipnóticas e bloqueadores neuromusculares. O tempo de suspensão deve levar em conta a meia-vida das drogas, forma de infusão, presença de insuficiência renal e hepática (TANNOUS, 2014).

O protocolo de ME, necessita atualmente da execução de 2 exames clínicos, um, teste de apneia e um exame complementar comprobatório (TANNOUS, 2014)

A avaliação clínica deve confirmar que o paciente está em coma aperceptivo (ausência de resposta motora após compressão do leito ungueal – ausência de resposta supra espinal), ausência dos reflexos de tronco e de incursões respiratórias aparentes.

Todos os reflexos devem ser testados e devem estar ausentes. A presença de reatividade infra espinal pode ocorrer em pacientes com ME e decorre de atividade reflexa de medula. Reflexos osteotendinosos, cutâneos plantar e, flexão ou extensão, cremastérico ereção peniana, arreflexos, sinal de Lazarus e opistótono podem ocorrer, mas não afastam o diagnóstico de ME.

Os exames clínicos devem ser realizados por médicos diferentes, com intervalo mínimo de tempo entre eles. A tabela a seguir demonstra o tempo mínimo entre os testes de acordo com a idade do paciente.

Tabela 1- Intervalo de testes clínicos conforme a idade.

IDADE	INTERVALO ENTRE OS TESTES CLÍNICOS
7 dias a 2 meses incompletos	48 horas
2 meses a 1 ano incompleto	24 horas
1 ano a 2 anos incompletos	12 horas
Acima de 2 anos	6 horas
Adultos	No mínimo 6 horas

Fonte: Resolução CFM nº1.480/97

O primeiro teste a ser realizado é o de apneia, onde se verifica o estímulo do centro respiratório à hipercapnia e seu objetivo é avaliar a integridade da região pontobulbar que segundo Tannous (2014), é no bulbo onde se localiza o centro respiratório e é estimulado com altos níveis de gás carbônico. O paciente que será submetido ao teste de apneia deve estar hemodinamicamente compensado, sem arritmias, sem hipóxia, com temperatura normal e controle metabólico adequado.

As etapas que devem ser seguidas para que o teste obtenha sucesso:

- 1) Oxigenar o paciente com O<sub>2</sub> a 100% por 10 minutos- garante a saturação completa da hemoglobina circulante e diminui o risco de hipóxia;
- 2) Coletar uma gasometria arterial inicial- deve demonstrar hiperoxia e PCO<sub>2</sub> entre 35 a 45 mmHg;
- 3) Desconectar o ventilador e inserir um cateter de oxigênio com fluxo de 6-8 l/min na traqueia ao nível da Carina;
- 4) Observar atentamente a presença de movimentos respiratórios por 10 minutos;
- 5) Coletar a gasometria arterial final- deve demonstrar PCO<sub>2</sub> igual ou acima de 55 mmHg;
- 6) Reconectar o paciente à ventilação mecânica.

O teste será considerado positivo para ME caso não existam quaisquer movimentos respiratórios e gasometria final demonstre PCO<sub>2</sub> igual ou acima 55 mmHg.

O teste deve ser interrompido imediatamente caso existam movimentos respiratórios- teste negativo para ME. Caso o paciente apresente sinais de instabilidade como hipotensão arterial (PAS < 90 mmHg), hipóxia (saturação de oxigênio <90%) ou arritmias, o teste deve ser interrompido e o paciente reconectado ao ventilador. Nesse caso, o teste é inconclusivo.

Já os testes complementares podem ser realizados após a abertura do protocolo ou após a segunda avaliação clínica. Sua indicação é demonstrar de forma inequívoca a ausência de atividade elétrica ou metabólica cerebral ou ausência de perfusão sanguínea cerebral. (Tannous, 2014)

A indicação do tipo de exame e da necessidade da sua repetição é dependente da faixa etária, para pacientes com idade acima de 2 anos, não existe indicação específica de tipo de exames e apenas um exame é suficiente.

Tabela 2- Exames complementares de acordo com a faixa etária do potencial doador:

IDADE	EXAMES COMPLEMENTAR
7 dias a 2 meses incompletos	2 EEG com intervalo de 48 horas
2 meses a 1 ano incompleto	2 EEG com intervalo de 24 horas
1 ano a 2 anos incompletos	Qualquer; se EEG, realizar 2 exames com intervalo de 12 horas
Acima de 2 anos	Qualquer um dos exames

Fonte: Resolução CFM nº1.480/97

O eletroencefalograma (EEG) detecta a atividade elétrica cerebral e é necessário um exame com, no mínimo, 21 canais, pode ser feito a beira do leito.

O Doppler transcraniano é um método não invasivo que avalia o fluxo sanguíneo cerebral. O fluxo de sangue é avaliado por meio de janelas ósseas, pode ser feito a beira do leito.

A arteriografia cerebral avalia o fluxo sanguíneo após a injeção de contraste nas artérias carótidas e vertebrais. Como desvantagens, estão as necessidades de transporte do paciente para a sala cirúrgica e o uso de contraste.

A cintilografia cerebral demonstra a circulação sanguínea por meio da injeção de radioisótopos tecnécio 99 m. Como desvantagens, estão as necessidades de transporte do paciente para a sala cirúrgica.

Após a realização de todas as etapas do protocolo (dois exames clínicos, teste de apneia e exame complementar), é feito o diagnóstico de ME. Neste momento, o paciente é legalmente morto em o Termo de Declaração de Morte Encefálica (TDME) deve ser preenchido e enviado para a CET (TANNOUS, 2014).

Caso a doença de base do paciente seja decorrente de morte violenta, os documentos para o encaminhamento do corpo para o Instituto Médico legal (IML) devem ser providenciados, mas, se a morte for natural, nesse momento é preenchida a declaração de óbito. No horário do óbito deve constatar o momento da conclusão da última etapa do protocolo de ME.

### 3.2 PARADA CARDÍACA

De acordo com Knobel (2006, p. 2424), uma parada cardiorrespiratória é a cessação súbita da circulação sistêmica em indivíduo com expectativas de restauração de suas funções fisiológicas, e não portador de doença crônica intratável ou em fase terminal. O diagnóstico clínico de parada cardíaca é feito quando alguns sinais estão presentes, como inconsciência, respiração agônica ou apneia e ausência de pulsos, sendo esse o mais importante sinal clínico.

Condição intimamente ligada ao choque circulatório é a parada circulatória. Em geral, mais de 5 minutos de parada circulatória absoluta podem causar algum grau de lesão cerebral permanente em mais da metade dos pacientes. Por conseguinte, é provável que a lesão cerebral grave que ocorre após uma parada circulatória seja causada, principalmente, pelo bloqueio permanente de muitos dos vasos pequenos, ou mesmo dos grandes vasos, por coágulos sanguíneos, causando, dessa forma, isquemia prolongada e eventual morte dos neurônios (GUYTON, 2002).

Para Jr Serrano (2009, p. 1721), a PCR apresenta três mecanismos fisiopatológicos:

- a) Fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular (FT/TV);
- b) Assistolia;
- c) Atividade elétrica sem pulso (AESP).

Afirma Laselva (2006, p.290) fibrilação ventricular (FV) arritmia em que o miocárdio apresenta movimentos anárquicos de fasciculação, sem contração ventricular.

Taquicardia ventricular sem pulso (TV) distingue-se da FV por apresentar complexos QRS bem definidos e inscritos de maneira regular, embora de duração prolongada.

Assistolia caracteriza-se pela ausência de atividade elétrica do coração, mostrando uma linha isoelétrica no eletrocardiograma.

Atividade elétrica sem pulso (AESP) Caracteriza-se pela presença de atividade elétrica do coração, na maioria das vezes com ciclo de frequência lenta e irregular, e complexa QRS aberrantes, sem a concomitante função de bomba de órgão.

### 3.3 DOAÇÃO DE CORAÇÃO PARADO

A doação de órgãos consiste em 2 tipos de doador: Doador de coração parado recente ou sem batimento e/ou Doador em coração tardio.

O doador de coração parado recente ou sem batimentos trata-se do doador no qual é possível a retirada de alguns órgãos.

O doador em coração parado tardio trata-se de um cadáver com parada cardíaca não recente (até 6 horas) podendo apenas ser doador de tecidos.

Tabela 3-Tempo de preservação dos órgãos

Órgão/ Tecido	Tempo máximo para a retirada	Tempo máximo preservação extracorpórea
Córneas	6 horas pós PCR	Até 7 dias
Rins	Até 30 minutos pós PCR	Até 48 horas
Ossos	6 horas pós PCR	Até 5 anos

ABTO

### 3.4 AVALIAÇÃO DO POTENCIAL DOADOR

A avaliação deve considerar a inexistência de contra indicações clínicas e laboratoriais á, trabalhando-se com as contra indicações absolutas e relativas.

As contra indicações absolutas são pacientes portadores de insuficiência orgânica que comprometa o funcionamento de órgãos ou tecidos que possam ser doados, como por exemplo: insuficiência renal, hepática, cardíaca, pulmonar, sorologia positiva para HIV, HTLV I E II, pacientes em sepse ou insuficiência de múltiplos órgãos, Pacientes Portadores de Neoplasias malignas, excetuando os tumores restritos ao sistema nervoso central, carcinoma basocelular e carcinoma de cérvix uterino *in situ*, pacientes com tuberculose em atividade.

### 3.5 MANUTENÇÃO DO DOADOR- CUIDADOS BÁSICOS

- Garantia de acesso venoso
- Tratamento de hipertensão: reposição volêmica (cristaloides e coloides) Dopamina (10 micg/Kg/min)
- Ventilação: volume inspiratório 10ml/Kg de peso PEEP: 5cm de água

Gasometria arterial rigorosa

- Controle da hipotermia: focos de luz

Infusão e ventilação aquecidas

- Reposição de eletrólitos
- Uso de antibióticos profiláticos
- Correção da hiperglicemia com insulina regular

### 3.6 HISTÓRICO DA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS NO BRASIL

Segundo Ladessa, (2015, p. 23) A doação de órgãos no Brasil teve início na década de 1960, em 1964 foram realizados os primeiros transplantes sendo o primeiro, o transplante renal.

Em 1997 os transplantes foram regulamentados em todo o território nacional pela Lei nº 9.434/1997 Decreto nº 2.268 sofrendo algumas alterações pela Lei 10.211 em 2001 onde é introduzido o Registro Nacional de Doadores, estabelecendo a prioridade dos doadores na realização de necropsia (Instituto Médico Legal), em casos de morte violenta, devolvendo família à decisão pela doação (doação consentida) e retornando a obrigatoriedade de autorização judicial para transplantes para indivíduos não aparentados.

Em 2001, com a Lei nº10211/2001, a doação passou a ser consentida, ou seja, a doação de órgãos e tecidos depende unicamente do consentimento familiar, parentes de 1º ou 2º grau na linha reta e colateral, ou cônjuge, por escrito.

A notificação de morte encefálica é obrigatória e está prevista por lei desde 1992.

Segundo o site do Ministério da Saúde (2010), o Brasil possui hoje um dos maiores programas público de transplantes de órgãos e tecidos do mundo. De acordo com o site SBCCV (Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular), em fevereiro de 1997 eram criadas as CNCDOs (Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos). Cabe a essas Centrais coordenar as atividades de transplantes no âmbito estadual, realizando as inscrições e classificação dos receptores. O Sistema Nacional de Transplantes (SNT) conta com 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas a realizar todos os transplantes (GREGORINI, 2010)

Segundo Souza (2014. p. 139) O processo de doação e transplante de órgão é uma forma de tratamento cirúrgico que constitui-se na retirada de parte do corpo de uma pessoa (doador), sejam órgãos ou tecidos para que ocorra seu implante em um indivíduo doente (receptor). A opção por este procedimento terapêutico trouxe progresso quanto a seus resultados, melhorando a qualidade de vida de muitas pessoas com patologias crônicas terminais da função cardíaca, renal e do fígado. Esse sucesso na evolução dos transplantes no Brasil deu-se pelo aprimoramento dos métodos e novas técnicas cirúrgicas, do surgimento de medicamentos imunossupressores, novas soluções farmacológicas para a conservação dos órgãos e da produção de novos conhecimentos sobre o sistema imunológico.

### 3.7 CRENÇAS RELIGIOSAS NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Em relação aos aspectos religiosos, a maioria das religiões é favorável à doação de órgãos, considerando-a uma ação de generosidade para com o próximo, pois às vezes pode evitar mortes ou então aliviar sofrimentos. <sup>1</sup> (LEVIN *et al* 2012).

Segundo Programa Estadual de Transplante (PET 2014), o tema transplante envolve religião, mas de forma positiva. O catolicismo, protestantismo, espiritismo, judaísmo e outras crenças em sua maioria são favoráveis ao processo de doação de órgãos e tecidos e classificam como uma atitude de preservação da vida e um ato caridoso de amor ao próximo. Cada religião dentro de sua crença acredita de uma forma geral, que o mais importante é o espírito,

ou seja, o gesto de poder ajudar outra pessoa após o indivíduo ir a óbito traz um grande benefício para esse espírito, sob o ponto de vista das crenças religiosas.

Conforme relatos do Programa Estadual de Transplante (PET 2014) os fiéis católicos acreditam que a doação de órgãos é sim, uma maneira de continuar amando quem já não está mais entre nós.

A igreja Batista apoia a doação e acredita que após o ato de amor ao próximo, as famílias se sentem realizadas, ao mesmo tempo em que experimenta a tristeza da partida e da perda, elas vão ter o privilégio de experimentar, ao lado disso, também um sentimento de muita realização poder ajudar quem precisa.

Ainda dentro do Programa com o candomblé não é diferente para os seguidores da crença o que mais interessa é o espírito e não o corpo, segundo Mãe Palmira é bom para o espírito pós- morte fazer o bem para quem ainda está aqui. (Programa Estadual de Transplante 2014).

Ainda segundo Programa Estadual de Transplante (PET2014) já os hindus, testemunha de Jeová, mórmons e a Igreja Pentecostal acreditam que a decisão é de inteira responsabilidade do indivíduo, mas não se opõem ao transplante. Testemunha de Jeová são contrários apenas à transfusão de sangue.

Segundo Giovelli, o Núcleo Interinstitucional de Bioética tem realizado uma pesquisa sobre Bioética e Espiritualidade que visa informar e permitir que os profissionais de saúde tenham conhecimento das diferentes posições religiosas e sua influência no processo de tomada de decisão dos pacientes e familiares. Em relação ao espiritismo, o tema do início da vida de uma pessoa é vista como continuidade, pois segundo esta doutrina tudo é vida.

Ainda segundo Giovelli, o espírito seleciona a família onde irá reencarnar com o sentido de continuar a sua trajetória, a conexão entre o espírito e o novo corpo físico ocorre no momento da fecundação. O final da vida do corpo físico não implica na liberação instantânea do espírito. O transplante de órgãos pode ocorrer após a liberação do espírito, caso o doador tenha desejado esta doação.

Ainda conforme Giovelli, em relação ao Budismo Tibetano, existe um período após a morte física do indivíduo e a liberação de sua consciência. Neste período o corpo não pode ser tocado ou transferido, pois poderia alterar o processo de liberação da consciência.

Existe a crença de que a pessoa ainda persiste naquele mesmo corpo, por um período de tempo, e por isto necessita de respeito.

Segundo a ideia de Giovelli, a partir de diferentes concepções religiosas, pode-se observar a importância do entendimento das crenças dos pacientes para a tomada de decisão destes junto ao profissional de saúde, por este motivo, é fundamental o entendimento sobre religião e junto a isto as possíveis repercussões sobre o tratamento de saúde do paciente, tratando- o com respeito às suas crenças e práticas religiosas.

### 3.8 PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DOAÇÃO

Segundo Mendes (2012 p. 947) O Conselho Federal de Enfermagem preconiza ao enfermeiro responsável pelo processo de doação o planejamento, execução, coordenação, supervisão e avaliação dos procedimentos de enfermagem prestados ao doador, bem como planejar e implementar ações que visem a otimização de doação e captação de órgãos e tecidos para fins de transplantes. Ao enfermeiro responsável pelo cuidado a candidatos e receptores de transplantes incumbem aplicar a sistematização da assistência de enfermagem, em todas as fases do processo de transplantes de órgãos e tecidos ao receptor e família, que inclui o acompanhamento pré e pós.

Ainda segundo Mendes (2012 p. 947), os elementos chave para a atuação dos enfermeiros incluem: a educação de pacientes; a implementação de intervenções que mantenham ou melhorem a saúde fisiológica, psicológica e social; o uso de intervenções que facilitem e promovam mudanças de comportamento e adesão ao tratamento em relação às complexas e prolongadas terapias, bem como, dar suporte aos pacientes e familiares no planejamento, implementação e avaliação do cuidado; e promover sistemas de apoio que visem os melhores resultados dos transplantes de órgãos. A enfermagem que atua nos transplantes de órgãos deve orientar suas ações para a educação em saúde, segurança do paciente e eficácia dos cuidados.

O grande desafio para o profissional que trabalha com captação de órgãos e tecidos, é ter competência ética, para garantir a melhoria contínua desse processo, dando ênfase à comunicação adequada entre equipe e familiares (SANTOS; MASSAROLLO, 2011).

### 3.9 CIHDOTT

Caso o paciente seja um potencial doador, uma equipe diferente, composta pelos membros da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), deverá entrevistar a família quanto à possibilidade de doação. Se a doação for aprovada, o suporte ao potencial doador de órgãos deve ser mantido até o momento da captação.

A CIHDOTT (Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos Tecidos e Transplantes) foi instituída pela Portaria 2600/2009, é obrigatória em todo hospital, tem atribuições definidas por lei, coordena o processo de doação e

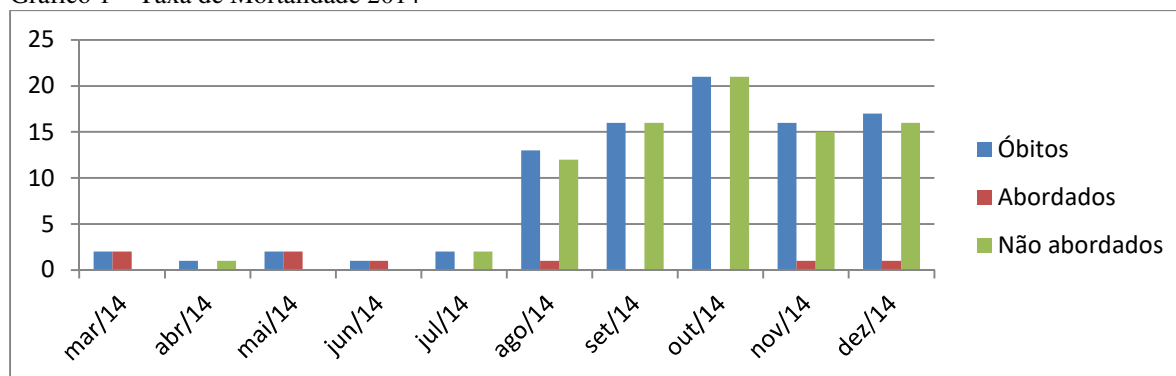
tem como um dos objetivos proporcionar ao familiar do potencial doador uma visão positiva sobre a doação de órgãos, sendo um multiplicador do processo independente da doação positiva.

#### 4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados obtidos permitiram a caracterização de números de óbitos vítimas de Morte Encefálica e Coração Parado. A pesquisa foi realizada na CHIDOTT do Hospital de Ensino São Lucas da Faculdade Assis Gurgacz de Cascavel/PR. A amostra estudada foi constituída de registros de óbitos, notificações de potenciais doadores e prontuários eletrônicos (TASY), no período de janeiro de 2014 a julho de 2015.

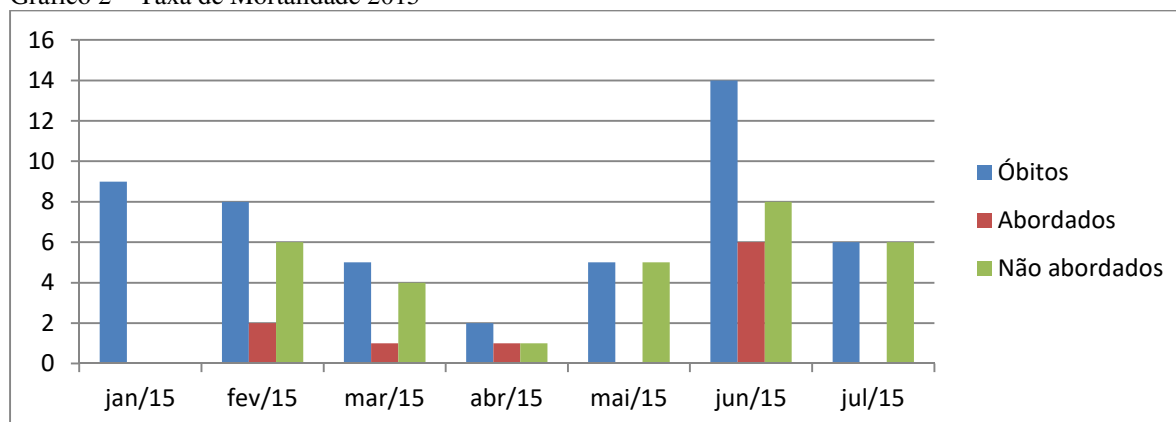
Com análise dos registros de óbitos de 2014 (Gráfico 01) a 2015 (Gráfico 02), podemos observar que a taxa de mortalidade de 2014 foi maior, porém com menos abordagens em relação a 2015.

Gráfico 1 – Taxa de Mortalidade 2014



Fonte: Dados da Pesquisa.

Gráfico 2 – Taxa de Mortalidade 2015

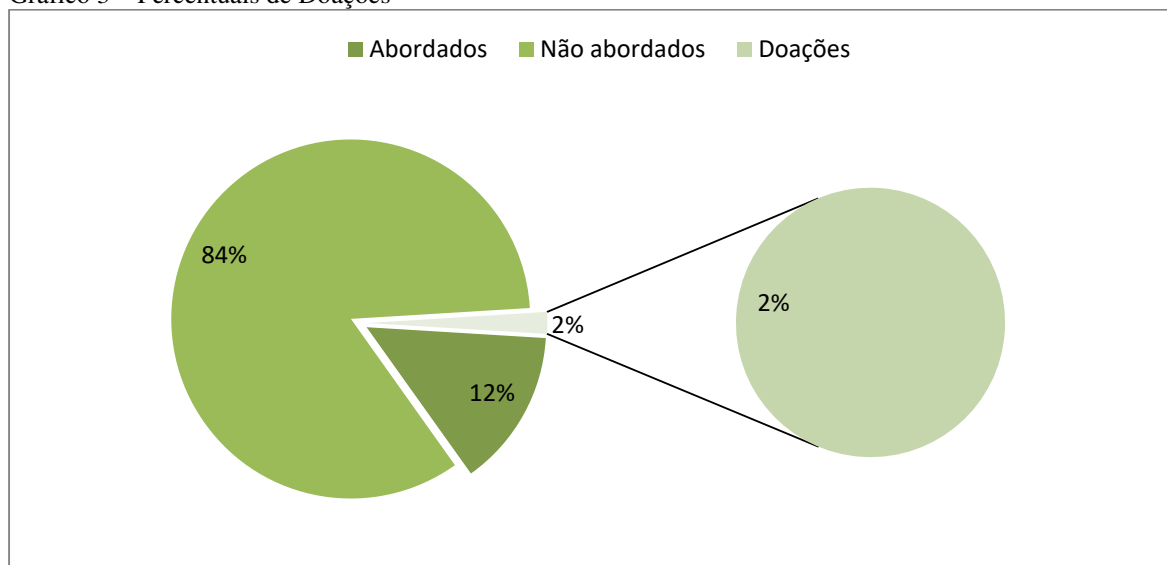


Fonte: Dados da Pesquisa.

Através da análise de dados observa-se que houve um acréscimo no número de abordagens em 2015 em relação a 2014, isso pode ser devido ao fato do aumento da capacitação e treinamento dos profissionais fazendo com que haja uma abordagem mais efetiva e humanizada. Todavia é importante ressaltar que às vezes não há um tempo hábil para que a equipe possa abordar os familiares devido a agravantes que danifiquem ou impossibilite a doação fazendo com que não entre na estatística de abordados.

Foram registrados 152 óbitos (Gráfico3), destes 130 não abordados devido a critérios de exclusão, 22 foram abordados, sendo apenas 3 doadores neste período de 2014 a 2015 doando alguns dos seguintes órgãos: Fígado, rins, coração, globo ocular, córneas, coração para valvas, pâncreas e pulmão.

Gráfico 3 – Percentuais de Doações



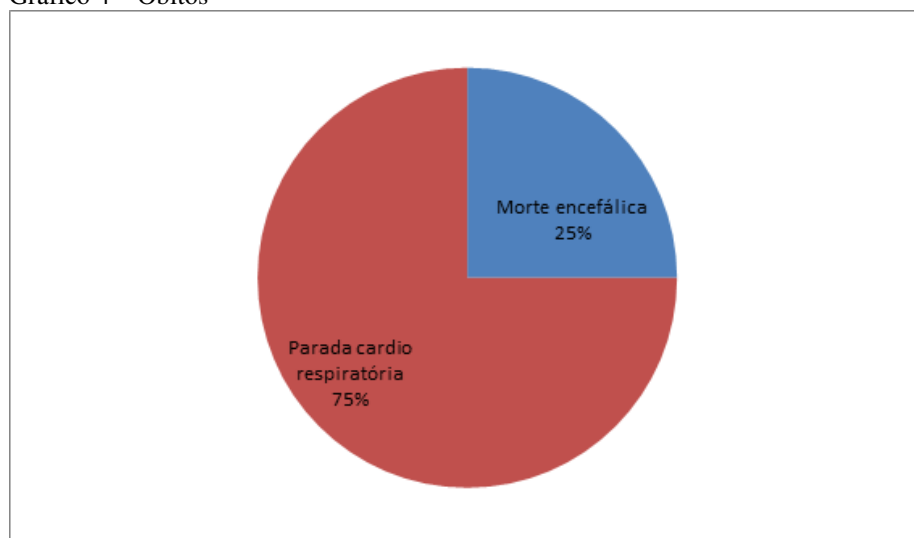
Fonte: Dados da Pesquisa.

O grande número de não abordagens por motivos de exclusão referem-se aos óbitos que impedem a doação, por motivos de: tumor, sepse, idade avançada e doenças graves que podem ser transmitidas.

De acordo com a Central de Transplante do Espírito Santo (2014), são critérios absolutos de exclusão de doador: Soro positividade para HIV, soro positividade para HTLV I e II, tuberculose em atividade, infecções virais e fúngicas graves, ou potencialmente graves na presença de imunossupressão, exceto as hepatites B e C, neoplasias (exceto alguns tumores primários do SNC e carcinoma in situ de útero e pele), sepse refratária. Portanto, as contraindicações absolutas médicas para doação são poucas; como exemplo, pacientes com quadros infecciosos podem ser potenciais doadores mesmo que em uso de antibióticos.

Em contra partida (Gráfico 4) podemos observar que há um número maior de óbitos notificados por coração parado em relação à morte encefálica. Apesar de haver mais óbitos por coração parado, há mais doação de morte encefálica. Essa diferença é resultado do não fechamento do protocolo de parada tornando inviável a doação.

Gráfico 4 – Óbitos



Fonte: Dados da Pesquisa.

O não fechamento de protocolo de coração parado refere-se ao fato que não se pode prever quando acontecerá a parada, de modo que se o atendimento ou o retorno da parada demorar, haverá uma interrupção no suprimento sanguíneo podendo provocar dano em alguns órgãos (isquemia).

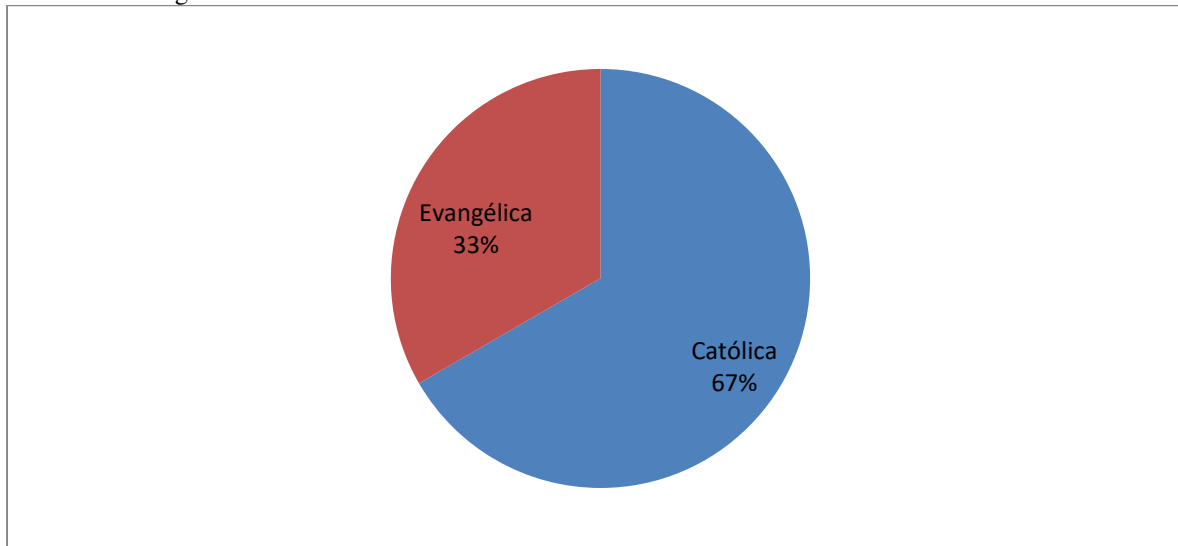
Contudo os abordados de morte encefálica que não efetuaram a doação por não fechamento de protocolo foram por motivos de demora do resultado dos exames clínicos e laboratoriais, pelos familiares não compreenderem o diagnóstico por verem seu ente querido respirando, corado e normotérmico, causando resistência na decisão e o outro



motivo é o fato dos exames laboratoriais estarem muito avançados, podendo apontar o mínimo de fluxo sanguíneo e atividade cerebral causando dúvidas sobre o verdadeiro diagnóstico de morte encefálica.

Com relação à religião dos doadores, 67% eram católicos e 33% evangélicos (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Religiões



Fonte: Dados da Pesquisa.

Verificou-se ainda que a religião predominante dentre os doadores foi a Católica, e a segunda a Evangélica, contudo a amostra foi pequena para que se pudesse realizar uma discussão aprofundada sobre as religiões envolvidas.

Vale ressaltar que até o presente no Brasil nenhuma religião adotou uma postura desfavorável em relação à doação de órgãos e tecidos. O que se observou nesta pesquisa é que os envolvidos realizam interpretações pessoais sobre os livros doutrinários. (Pessoa, 2013).

Segundo Araújo (2013), a perda de uma pessoa com quem se tem laço afetivo é um momento desgastante, uma experiência marcante e por vezes, alcança níveis elevados de estresse. Os profissionais de enfermagem são o elo entre a família e a instituição hospitalar, são, além disso, os profissionais que mais tempo passam junto ao leito do paciente, esta proximidade muitas vezes faz com que a família sinta-se mais a vontade para solicitar informações e esclarecer dúvidas.

A enfermagem tem um papel determinante no processo do potencial doador, pois cabe a ela a elaboração da SAE em todas as fases do processo de doação assim como uma abordagem humanizada e efetiva para com os familiares, pois isto pode ser um fator determinante para aceitação ou não da doação. Deve garantir também a manutenção do potencial doador atendendo as necessidades fisiológicas básicas para que os possíveis órgãos a ser doado estejam viáveis.

De acordo com a Central de Transplante do Espírito Santo (2014), a entrevista da família é um momento muito delicado, pois concretiza para a família a morte, a separação e a impotência, portanto exige do profissional controle emocional e segurança sobre o processo de doação e transplante. Nesse momento é oferecida à família a possibilidade da doação, sendo necessário promover acolhimento e esclarecimento acerca de todo o processo de doação e transplante.

Contudo faz-se necessário que os profissionais de saúde estejam treinados, capacitados e ter um preparo emocional para permitir lidar com as diferentes reações dos familiares diante da perda, fazendo com que estes intendam o diagnóstico do paciente e aceite a doação como um ato de solidariedade para com o próximo.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos neste trabalho permitem concluir que segundo a tabela 1, a não doação não tem relação com a religião, mas sim a fatores que impediram a doação por não serem viáveis. Logo a religião não interfere negativamente sobre a tomada de decisão da doação.

Entretanto é de suma importância que os profissionais da saúde tenham o conhecimento a respeito das diferentes crenças para aproximação do familiar que se encontra abalado e provavelmente se apegará a sua fé neste momento difícil, e sua estabilidade emocional é importante para que o profissional consiga abordá-lo efetivamente.

Faz-se necessário que haja uma divulgação apropriada pré-óbito, para conscientização e naturalização da doação, através de propagandas, não abordando apenas em ambiente hospitalar, mas a população em geral para que esteja familiarizada com o assunto.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. **Introdução a Metodologia do Trabalho Científico: Elaboração de Trabalhos na Graduação**. Editora Atlas, 7ª Edição, São Paulo 2005.

ARAÚJO, V.M. **Reflexão sobre a Enfermagem e a Política de Transplantes de Órgãos**. Revista: Conselho Regional de Enfermagem da Bahia. Disponível em: [http://ba.corens.portalcofen.gov.br/reflexoes-sobre-a-enfermagem-e-a-politica-de-transplantes-de-orgaos\\_5286.html](http://ba.corens.portalcofen.gov.br/reflexoes-sobre-a-enfermagem-e-a-politica-de-transplantes-de-orgaos_5286.html). Acesso em: 12/10/2015 as 16:48h.

BARROS, A. J. S. **Fundamentos da Metodologia** Editora Makron Books, 2ª Edição, São Paulo, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2009/prt2600\\_21\\_10\\_2009.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html). Acesso em: 31 de Mai. 2015 as 16:35h.

BRASIL. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?mn=476&c=0&s=157&pop=true>. Acesso em 31 Mai. 2015 as 15:30h.

BRASIL. **Programa Estadual de Transplantes: Doação de órgãos: Religiões apoiam o gesto**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.transplante.rj.gov.br/Site/Conteudo/Noticia.aspx?C=IkUQuHKokH4%3D>. Acessado em: 08 de Mai. 2015.

CENTRAL DE TRANSPLANTES DO ESPÍRITO SANTO. **Cartilha Técnica Doação de Órgãos para Profissionais de Saúde**. Espírito Santo, 2014. Disponível em: [http://www.sau.gov.br/download/Cartilha\\_Tecnica\\_Revisada.pdf](http://www.sau.gov.br/download/Cartilha_Tecnica_Revisada.pdf) Acessado em: 12 de Out. 2015 as 20:39h.

### CFM- Conselho Federal de Medicina 1997

GIOVELLI, G; LUHRING, G; GAUER, G. J. C; CALVETTY, P. U; GASTA, R; TREVISAN, C; SILVA, L. **Espiritualidade e Religiosidade: uma questão bioética?**. Fonte: [www.ufrgs.bioetica.br](http://www.ufrgs.bioetica.br) Acesso em: 24 Mai. 2015.

GREGORINI, A.C. **Doar ou não? Aspectos envolvidos na doação de órgãos e tecidos**. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Curso de psicologia. Criciúma, julho de 2010.

GUYTON, Arthur C. M.D **Fisiologia Médica**. Editora: Guanabara Koogan S.A 10ª Edição, Rio de Janeiro – RJ, 2002.

IMPÉRIO, D'. F. **Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão**: Revista brasileira de terapia intensiva. Vol. 19 n. 1. Jan/ Mar. São Paulo 2007.

Jr. SERRANO **Tratado de Cardiologia** SOCESP Editora Manole Ltda 1ª e 2ª edição, São Paulo, 1ª edição 2005 e 2ª edição 2009.

KNOBEL, Elias. **Condutas no paciente grave**. Editora Atheneu 3ª Edição São Paulo 2006.

LADESSA, L. E. C. L.; SILVA, S. C.; OLIVEIRA, P. C. **Reflexões Sobre o Trabalho do Psicólogo no Processo de Doação de Órgãos**. In: Anais da V Jornada de Psicologia no Hospital Municipal do Campo Limpo, vol. 1, num. 6. Editora: Blucher. São Paulo, 2015.

LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicação e trabalhos científicos**. 6.ed., São Paulo: Atlas, 2001.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2001.

LASELVA, Claudia Regina **Terapia Intensiva: Enfermagem**. Editora Atheneu São Paulo 2006.

**Lei 9434 de 04 de fevereiro de 1997**. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/topicos/11452883/artigo-13-da-lei-n-9434-de-04-de-fevereiro-de-1997>. Acesso em: 31 de Mai. 2015 as 16:15.

**Lei 10211/2001.** Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/lei0211.htm>. Acesso em: 31/05/2015 as 16:43h.

LEVIN, A. K.; TEIXEIRA, L. K.; CIPULLO, R. **Avaliação dos Possíveis Doadores de Órgãos e suas Recusas para não fazê-lo em Frequentadores de um Complexo Hospitalar na Cidade de São Paulo.** Revista Ciências em Saúde v2, n 2. Abr 2012. São Paulo, 2012.

MENDES, K. D. S.; ROZA, B. A.; BARBOSA, S. F. F.; SCHIMER, J.; GALVÃO, C. M. **Transplante de Órgãos e Tecidos: Responsabilidades do Enfermeiro.** Contexto Enferm, out-Dez; 21(4) Florianópolis, 2012

MORAES, E. L. M.; 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, 2009.

PESSOA, J. L. E.; SCHIRMER, J.; ROZA, B. A. **Avaliação das Causas de Recusa Familiar a Doação de Órgãos e Tecidos.** Acta Paul Enferm. Vol.26 n.4, São Paulo 2013.

SANTOS, M. J.; MASSAROLLO, M. C. K. B. **Fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.** Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 472-478, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002011000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000400005). Acesso em: 03 out. 2012.

SOUZA, A. T. S.; FREIRE, V. S.; SILVA, A. J. S.; MEDEIROS, M. C. A.; VASCONCELOS, F. M.; PONTES, M. A. V. **A atuação do Enfermeiro no Processo de Doação de Órgãos: uma revisão integrativa.** Revista Interdisciplinar: Centro Universitário Uninovafapi. V.7, n.3, p. 138-148, jul.ago.set. Piauí 2014.

TANNOUS, L. A.; YAZBEK, V. M.; GIUGNI, J. R. **Manual para notificação, diagnóstico de morte encefálica e manual do potencial doador de órgãos e tecidos.** Secretaria de Estado de Saúde, Curitiba: CET/PR, 2014. [www.saude.pr.gov.br](http://www.saude.pr.gov.br). Acesso: 24/05/2015

VERSA, G. L. G. S. **Motivo das recusas familiares para doação de órgãos/tecidos em um hospital universitário público:** 1 Congresso do Sistema brasileiro de transplantes, 1 Fórum Nacional de Biovigilância. Cascavel 2013.