**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

ELTON CARLOS DE ALMEIDA

**Doação de Órgãos e visão da família sobre atuação dos
profissionais neste processo: revisão sistemática da literatura
brasileira**

Ribeirão Preto

2011

ELTON CARLOS DE ALMEIDA

**Doação de Órgãos e visão da família sobre atuação dos
profissionais neste processo: revisão sistemática da literatura
brasileira**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título Mestre em Ciências, Programa de
Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e
Formação de Recursos Humanos

Orientadora: **Prof^a. Dr^a. Sonia Maria Villela
Bueno**

Ribeirão Preto

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Almeida, Elton Carlos de.

Doação de Órgãos e visão da família sobre atuação dos profissionais neste processo: revisão sistemática da literatura brasileira / Elton Carlos de Almeida; Orientadora Sonia Maria Villela Bueno. – Ribeirão Preto, 2011.

97f.; 30cm

Dissertação (Mestrado) apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP., 2011.

1. Doação de órgãos. 2. Obtenção de tecidos e órgãos.
3. Doação dirigida de tecido. 4. Família. 5. Atitude do pessoal de saúde.

I. Sonia Maria Villela Bueno, II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

ALMEIDA, Elton Carlos de.

Doação de Órgãos e visão da família sobre atuação dos profissionais neste processo: revisão sistemática da literatura brasileira.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica

Aprovado em ...../ ...../ .....

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

A priori a Deus, o qual em sua grandeza me presenteou com duas preciosidades, que deram início e acompanharam toda minha história até o presente momento, refiro-me aos meus pais.

Minha mãe (meu anjo da guarda), que em horas difíceis, as quais não mais conseguia caminhar, ela estava ali, dizendo: Não desista meu guerreiro, pois Deus é contigo. Sempre acreditou nos caminhos que escolhi trilhar. Você é o motivo da minha força e fé neste caminho. Como dizemos um ao outro “você é o ar que eu respiro”.

Ao meu Pai, o qual desde muito cedo me ensinou o valor e a dignidade do trabalho. Ele que, mesmo não conhecendo o caminho que decidi percorrer, nunca me abandonou, e investiu na minha formação com muito esforço. Não estaria concluindo mais esta fase sem o teu companheirismo.

Diante tal trabalho seria incoerente não homenagear grandes homens e mulheres, que acreditaram na vida e que mesmo pós-morte agiram com espírito altruísta e salvaram outras vidas, as quais caminhavam para vale da sombra da morte e aguardavam por um ato de misericórdia. Dedico aos DOADORES de órgãos e seus familiares que passaram por cima de muitos dogmas a favor da vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu grande e eterno Deus, pois, sem o qual nada seria ou faria. Posso dizer que, até aqui o Senhor me ajudou, e se o Senhor é por nós, quem será contra nós.

A palavra do Senhor diz que: “O anjo do Senhor acampa-se ao redor dos que o temem”. Assim, por mero idealismo esperamos grandes seres com belas asas. Porém, estão entre nós, e o melhor, é possível vê-los e tocá-los. Diante tais palavras, quero agradecer todo apoio e confiança que recebi da minha orientadora Profa. Dra. Sonia Maria Villela Bueno. Ensinando-me e proporcionando-se muito mais do que ser pesquisador, pois, ensina-me a cada dia, a beleza da solidariedade, do companheirismo, da amizade, da amorosidade, dentre outros. Assim, acredito que, serei mais que pesquisador.

A Profa. Dra. Vanessa Denardi, a qual faz parte da minha história, desde 2005, sendo a primeira pessoa que observou em mim a possibilidade de seguir carreira acadêmica. Minha eterna gratidão.

A Profa. Dra. Luiza Hoga, meu respeito e admiração. Muito obrigado.

Aos Professores que fizeram parte da minha iniciação científica: Prof. Dr. Eduardo José de Almeida Araújo, inesquecível. Profa. Dra. Débora Santana, Profa. Dra. Tereza Rodrigues Vieira, Profa. Dra. Elma Zoboli. Prof. Msc. André Jaques. A todos, muito obrigado pela confiança.

Aos meus irmãos, Edson e Juliana, meus cunhados, Amanda e Odilei e aos meus sobrinhos Carlos Henrique e Davi. E demais familiares.

A todos os amigos que conquistei em Goioerê e em Umuarama. Dentre esses, alguns, por decorrência do destino estiveram mais próximos. Quero mencionar, Daniel Baltazar, Jerry Adriano, Cesar Mendes, Marcia Soares e Família Guimarães.

A todos os amigos que conquistei durante esse ano na EERP. Dentre esses, vale citar a minha amiga Daniella Baragatti, a conheci no dia da entrevista para o mestrado. Assim, como os demais orientandos da Profa. Sonia, que me acolheram. Sabrina, Janaina, Sara, Larissa, Pedro, Gisele, Marília, Camíla, Elaine. Eterna gratidão.

Aos meus amigos da Casa 12. Sandra de Souza, Pamina Roberta, Danielle Bezerra, Gilberto Sabino, Hugo Menezes, Carmen, Patrício, Ana Paula, Douglas, Eliane Ribeiro, Janaina, Greice, Fernando, e os novos moradores, Diógenes e Farhad. Muito obrigado pela paciência.

A Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pela oportunidade de realização do mestrado.

A todo pessoal da Secretaria do DEPOCH e todos da Secretaria da Pós graduação, muito obrigado pela atenção.

A todas as meninas da limpeza que cuidam do nosso ambiente de estudo, assim, como as meninas da cozinha, que sempre estão auxiliando.

E finalizando a todas as pessoas, que direta ou indiretamente me ajudaram para conquistar essa batalha, a qual sou grato a Deus.

Mensagem de um doador Anônimo

Não chamem o meu falecimento de leito da morte, mas de leito da vida.

*Dêem minha visão ao homem que jamais viu o raiar do sol, o rosto de uma criança ou o amor
nos olhos de uma mulher.*

Dêem meu coração a uma pessoa cujo coração apenas experimentou dias infindáveis de dor.

*Dêem meu sangue ao jovem que foi retirado dos destroços de seu carro, para que ele possa
viver para ver os seus netos brincarem.*

*Dêem os meus rins às pessoas que precisam de uma máquina para viver de semana em
semana.*

*Retirem meus ossos, cada músculo, cada fibra e nervo do meu corpo e encontrem um meio
para fazer uma criança inválida caminhar.*

*Explore cada canto do meu cérebro. Retirem minhas células, se necessário, e deixem-nas
crescerem para que, um dia, um menino mudo possa ouvir o gritar em um momento de
felicidade ou uma menina surda possa ouvir o barulho da chuva de encontro à sua janela.*

*Queimem o que restar de mim e espalhem as cinzas ao vento, para ajudarem as flores
brotarem.*

*Se tiverem que enterrar algo, que sejam meus erros, minhas fraquezas e todo o mal que fiz
aos meus semelhantes.*

Dêem meus pecados ao diabo. Dêem minha alma a Deus.

*Se, por acaso, desejarem lembrar-se de mim, façam-no com ação ou palavra amiga a alguém
que precise de vocês.*

Se fizerem tudo o que pedi, estarei vivo para sempre.

Robert N. Test - 1978

RESUMO

ALMEIDA, E. C. **Doação de Órgãos e visão da família sobre atuação dos profissionais neste processo: revisão sistemática da literatura brasileira** 2011. 97 f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011.

A história dos transplantes vem rompendo barreiras e enfrentando desafios embora de forma incipiente, por diversas décadas, conquistando impressionantes resultados, demonstrando a evolução científica e tecnológica aplicada ao setor. Assim, observa-se que, ao longo dos tempos, o número de doações tem aumentado. Porém, não o suficiente para reduzir a lista de espera, cabendo então a reflexão acerca das causas que dificultam esse processo. Diversos são os motivos pelos quais afetam a doação de órgãos, ressaltando-se a recusa dos familiares e a não notificação de possíveis doadores. Assim, vale ressaltar a importância do preparo profissional no que diz respeito à abordagem familiar, momento decisivo para que se possa dar continuidade ao processo de captação de órgãos. Diante do exposto, o estudo tem por objetivo explorar, recolher, organizar, sintetizar e compartilhar visão dos familiares em relação a atuação dos profissionais no processo de doação de órgãos. A metodologia retrata uma revisão sistemática da literatura brasileira sobre o tema central baseando na busca de artigos que demonstrassem resultados de pesquisas realizados no País, entre 2001 e 2011, no portal PubMed e nas bases de dados SCOPUS, CINAHL, EMBASE, Web of Science, Science Direct, LILACS, BDENF. Tal busca guiou-se pela pergunta: *Qual a visão dos familiares, que passaram pela abordagem para doação de órgãos, referente à atuação dos profissionais que atuam neste processo?* Como resultados dos 265 trabalhos encontrados, foram considerados pertinentes, à temática em apreço, 06 artigos, os quais foram submetidos à leitura criteriosa da metodologia utilizada, dos sujeitos investigados, dos resultados obtidos e das conclusões. As sínteses foram construídas a partir da análise temática dos resultados. Surgiram 03 categorias. Sendo elas: 1) *Falta de confiança na atuação profissional*; 2) *Atuação profissional sem compreensão e acolhimento no momento familiar*; 3) *Falta de informação pelo profissional*. Desta última, emergiram duas subcategorias: 1) *Falta de informação pelo profissional à família referente à possível Morte Encefálica*; 2) *Falta de informação pelo profissional à família referente aos trâmites pós-doação*. Consideramos, portanto, que a complexidade de ações que são necessárias no processo de doação de órgãos, foi revelada como burocrático, demorado, desgastante e cansativo, resultando em sofrimento e submetendo tanto a família quanto os profissionais a situações estressantes. Disto depreendemos haver necessidade de maiores investimentos na formação dos profissionais que atuam neste processo, melhorando seu suporte emocional e sua atuação, a qual é considerada incipiente pelos familiares.

Descritores: Doação de órgãos, Obtenção de tecidos e órgãos, Doação dirigida de tecido, Família, Atitude do pessoal de saúde.

ABSTRACT

Almeida EC. **Family's opinion on professionals' attitude during process of organs donation: a systematic review from Brazilian literature.** 2011. 97f. Master thesis, School of Nursing in Ribeirão Preto, University of São Paulo, Brazil, 2011.

Transplants' history are breaking barriers and facing challenges for several decades achieving impressive results. It demonstrates scientific and technological developments applied to this sector. Although an increasing on organs donations have been noted, it is not enough to reduce waiting list. Therefore there is a need for reflection on the causes, which makes this process. There are several reasons that affect organ donation, and shall be emphasized: relatives' refusal and failure in notifying potential donors. It is also worth highlighting the importance of professional competence in respect of family approach, a decisive moment that gives continuity to the process of organ retrieval. In this light, the study aims to explore, collect, organize, synthesize and share the opinion of relatives about the role of professionals during process of organ donation (POD). As methodology a systematic review of Brazilian literature was conducted between 2001 and 2011. Data was collected from (i) PubMed, (ii) SCOPUS, (iii) CINAHL, (iv) EMBASE, (v) Web of Science, (vi) Science Direct, (vii) LILACS, and (viii) BDENF. Such data collection was performed based on one question: What is the opinion of relatives, who went through organ donation approach, referring to professionals' actions working in this process? Six out of 265 papers were considered relevant, and then a careful reading executed to assess methodology, subjects investigated, results and conclusions. Analyses have enable to define three categories: (a) lack of confidence in the professional, (b) professional attitude without understanding of relatives emotional state, (c) professional apathy in provide information to family. The last category was subdivided in (i) lack of info about a possible brain death, and (ii) subsequent procedures about POD. These study revealed a complexity in POD particularly on bureaucracy, delay, family's fatigue and wear. Thus, we may conclude to be necessary investing efforts on professional training involved in the POD to protect family's psychological state.

Descriptors: Directed Tissue Donation; Tissue and Organ Procurement; Family; Attitude of Health Personnel.

RESUMEN

ALMEIDA, E. C. **La donación de órganos y la perspectiva de la familia en la función de los profesionales en este procedimiento: revisión sistemática de la literatura brasileña** 2011. 97f. Disertación (Maestría) Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2011.

A lo largo de la historia de los trasplantes puede verse que este viene rompiendo barreras y enfrentando desafíos. Por diversas décadas conquistó impresionantes resultados, demostrando una evolución científica y tecnológica. De esta manera, a través del tiempo el número de las donaciones viene aumentando, sin embargo, estas no son suficientes para poder reducir la lista de espera, por lo cual se llega a una reflexión de las causas que dificultan este proceso. Diversos son los motivos que afectan el proceso de donación de órganos, resaltando el rechazo de la familia a este proceso y la no notificación de los posibles donadores. De esta manera, es necesario resaltar la importancia de la preparación de los profesionales en el trato con la familia, siendo un momento decisivo para que se pueda dar una continuidad al proceso de captación de órganos. Debido a lo expuesto, este estudio tiene como objetivo: explorar, recoger, organizar, sintetizar y compartir la perspectiva de la familia en lo que se refiere al papel de los profesionales durante el proceso de donación de órganos. La metodología se basa en una revisión sistemática de la literatura brasileña, tomando el tema central para la busca de artículos con resultados de investigaciones realizados en el país, entre los años 2001 y 2011. Para esto fue utilizado el portal PubMed y las bases de datos SCOPUS, CINAHL, EMBASE, Web of Science, Science Direct, LILACS, BDENF. La busca fue guiada a través de la pregunta: *¿Cual es la perspectiva de la familia en la función de los profesionales durante el proceso de la donación de órganos?*. De los 265 trabajos encontrados, fueron considerados solamente 06 artículos que demostraron resultados importantes, en los cuales fueron estudiados: la metodología utilizada, los sujetos investigados, los resultados obtenidos y las conclusiones. Las síntesis fueron construidas a través del análisis temático de los resultados. Surgiendo de esta manera 03 categorías, siendo estas: 1) *La falta de confianza en la actuación profesional*; 2) *La actuación profesional sin comprensión y apoyo a la familia*; 3) *La falta de información por parte del profesional*, siendo esta última dividida en otras 2 categorías: 1) *La falta de información en la familia por parte del profesional cuando existe una posible Muerte Encefálica*; 2) *La falta de información en la familia por parte del profesional con relación al los tramites después de la donación*. Siendo de esta manera observada la complejidad de los procedimientos necesarios para la donación de órganos, como: burocrática, lenta, desgastante e cansadora, llegando a ser un sufrimiento que lleva a la familia y a los profesionales a situaciones estresantes. De esta manera, resalta la necesidad de mayores inversiones en la educación de los profesionales que actúan en este proceso, con lo cual se podría alcanzar en estos un mejor soporte emocional y desempeño, siendo esta última considerada primordial para la familia.

Descriptor: Donación Directa de Tejido; Obtención de Tejidos y Órganos; familia; Actitud del Personal de Salud.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	DeCS, MeSH, Palavras-chave e/ou Termos Livres utilizados nas estratégias de busca nas bases de dados e porta.	53
QUADRO 2 -	Quantidade de Artigos Seleccionados	55
QUADRO 3 -	Artigos de Periódicos encontrados sobre Doação de Órgãos 2001 a 2011 ...	61
QUADRO 4 -	Ideias Centrais e Situações Limites referentes à Atuação Profissional ao Processo de Doação de Órgãos.....	62
QUADRO 5 -	Referente à relação das Categorias e Subcategorias bem como as suas Identificações	64

LISTA DE SIGLAS

CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
MS	Ministério da Saúde
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
ABTO	Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos
ME	Morte Encefálica
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
CET	Centrais Estaduais de Transplantes
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CNCDOs	Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
OPOs	Organizações de Procura de Órgãos
GM	Gabinete do Ministério
CIHDOTTs	Comissões Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
IML	Instituto Médico Legal
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HTLV	Human T Lymphotropic Virus
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
MeSH	Medical Subject Headings
BDB	Bases de Dados Bibliográficos
ISI	Institute for Scientific Information
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior
LILACs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
NCBI	National Center for Biotechnology Information
CNE	Conselho Nacional de Educação
CES	Conselho de Educação Superior

LISTA DE FLUXOGRAMA

FLUXOGRAMA 1	– Processo de Doação/Transplantes de Órgãos e Tecidos Humanos.....	35

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	24
3. REVISÃO DA LITERATURA	26
3.1 Doador Vivo	27
3.2 Doador Cadáver	29
3.3 Xenotransplantes	30
3.4 Legislação	31
3.5 Legislação atual	33
3.6 Entrevista Familiar	37
3.7 Doação/transplantes de órgãos	38
3.8 Situação Limite por Freire	43
4. METODOLOGIA.....	46
4.1 Tipo de pesquisa	46
4.2 Etapas do processo de revisão sistemática	47
4.2.1 Definição da Questão Norteadora.....	47
4.2.2 Critérios de Inclusão	48
4.2.3 Critérios de Exclusão.....	49
4.2.4 Tipos de Estudos.....	49
4.2.5 Fenômeno de Interesse	50
4.2.6 Definição dos Locais de Busca.....	50
4.2.7 Escolha dos Descritores.....	52
4.2.8 Coleta de Dados.....	54
4.2.9 Seleção pela leitura do título	55
4.2.10 Seleção pela Leitura do Resumo	55
4.2.11 Seleção pela Leitura do Artigo na Íntegra	56
4.3 Segue as fases da análise dos artigos considerados pertinentes ao estudo em questão	57
4.3.1 Processo de análise dos dados	57
4.3.2 Levantamento das Situações Limites	57
4.3.3 Levantamento dos Temas Geradores.....	57
4.3.4 Organização do material coletado	57

4.3.5 Seleção e codificação das frases identificadas nos artigos	58
4.3.6 Síntese das frases selecionadas	58
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
7. REFERÊNCIAS	84
ANEXOS	94
ANEXO A - TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA	94
ANEXO B - JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research	97

1. INTRODUÇÃO

---

1. INTRODUÇÃO

Na possibilidade de contextualizar os caminhos que nortearam o desenrolar do presente estudo, é de suma importância trazer à tona parte de nossa história científica. Assim, pode-se dizer que na vida nada é por acaso, pois tudo tem seu objetivo e um significado específico na vida do homem em sua individualidade.

Em meados de 1997, nos fora diagnosticado uma doença chamada Ceratocone, que poderia causar uma deformidade de córnea, resultando em cegueira. Porém, o que não se imaginava é que isto tinha relação conosco, dando-nos início à nossa história, fomentada por anseios e expectativas sobre a doação e transplantes.

Anos depois, mais precisamente em 2005, fomos informados sobre a nossa necessidade da realização do transplante de córnea, ao mesmo tempo em que estávamos iniciando a nossa graduação no Curso de Enfermagem, no interior do Paraná.

Neste mesmo ano, com as novidades do mundo acadêmico e com proximidades a identificações no campo da pesquisa, começamos a fazer buscas sobre o processo de doação/transplantes.

Em 08/01/2007, recebemos uma ligação informando sobre o nosso possível transplante, expectativa esta tornada realidade. Com isto, fortalecia-nos o ensejo de continuar pesquisando, agora sobre a temática doação de órgãos. Isso aumentou o nosso desejo de investimento em razão do fator incipiente do atendimento profissional durante todo processo, deixando lacunas durante as etapas percorridas. Há que se pensar também que, por mais significativo que seja receber um órgão e ter a certeza de que a qualidade de vida irá ocorrer, há um ponto muito importante que sugere uma relativa reflexão de como estão sendo preparados esses profissionais, pois, lidar com a beleza da doação é lidar com a tristeza da morte, do luto e de ter a convicção de que a felicidade de alguém está aliada a tristeza do outro. O que torna de suma importância neste sentido, então, é destacar a relevância da atuação profissional de maneira educativa, ética, humana e acolhedora.

Percebemos particularmente que, durante o período de nossa internação, não nos fora possível obter orientações educativas sobre as fases do processo de transplantes entre outros aspectos; nem tão pouco houve informações sobre esse processo para família. Assim, podemos dizer que, na experiência de lidar com o transplante não nos parece ser algo simples, o que pressupõe a necessidade de entender de forma científica a atuação dos profissionais neste sentido.

A partir desses dados empíricos, decidimos elaborar um projeto de pesquisa que fosse capaz de realizar a aproximação da realidade dos profissionais com a do paciente e família. Essa pesquisa foi realizada durante o período de graduação, com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). E com os resultados pudemos constatar a necessidade emergencial de investir na formação de recursos humanos, com intuito de aumentar o número de doação de órgãos, e sem perder de vista, a qualidade de vida dos profissionais, pois, trabalhar com os conceitos que fazem parte do processo doação/transplantes de órgãos não é tarefa fácil. Assim, faz-se necessário conhecer as situações que limitam o processo, o que pode ser evidenciado por familiares que passaram por esse contato família/profissional durante a abordagem para doação de órgãos.

Diante do exposto, é de grande valia buscar conhecimento sobre o processo de doação/transplantes de órgãos e a influência da atuação profissional neste intento.

Os Transplantes de órgãos e tecidos humanos no Brasil tiveram início em 1964, evoluindo consideravelmente, no tocante às técnicas, resultados, variedades de órgãos transplantados e números de procedimentos realizados (COELHO; MATIA; GODOY, 2003). Diante dessa evolução, adveio a Lei dos Transplantes (Lei n. 9.434, de 04/02/1997), modificada pela Lei n. 10.211 (de 23/03/2001), regulamentada pelo Decreto Presidencial n. 2.268 (de 30/06/1997), que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano, para fins de transplante e tratamento. Por esse decreto, foi criado no âmbito do Ministério da Saúde (MS), o Sistema Nacional de Transplante (SNT), instituindo uma curva ascendente de resultados promissores, no que diz respeito aos transplantes para a história brasileira.

Contudo, mesmo com esta organização, dados da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) relatam que houve uma curva descendente em relação ao número de doação de órgãos, posto que, em 2004, havia 7,6 doadores por milhão de habitantes. Em 2005 esse número caiu para 6,4; em 2006 para 6,0 e, em 2007, para apenas 5,4.

Recentemente, o Brasil chegou ocupar o segundo lugar em número de transplantes, atrás dos Estados Unidos, com 27.961 transplantados no ano de 2008, e 101.944 pessoas aguardando nas filas, em 30 de abril de 2009 (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2010). Os dados para o Brasil são: aumento de 44% no número de transplantes, entre 2001 e 2007. O índice que era de 56,4 transplantes por milhão de habitantes, passou para 81. O número de doadores falecidos, que é a maior preocupação das autoridades do setor, teve um pequeno crescimento, chegando a 8,2%, no período.

Conforme dados da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, o número de transplantes cresceu 18% em 2010. Sendo esta unidade da federação a que mais realiza o procedimento, seguido de Minas Gerais e Paraná. Este êxito se deve à capilaridade da rede de captação de órgãos e tecidos. Contudo, apenas 30% da demanda teórica estimada é atendida e 16 estados, com 60 milhões de habitantes, não realizam o procedimento de forma regular. Nos últimos cinco anos, triplicou os recursos do Ministério da Saúde destinados aos programas de apoio (RAIA, 2011).

Dados da ABTO demonstra que, no primeiro semestre de 2011, notou-se uma pequena queda na taxa de potenciais doadores notificados (2,2%), sendo que a taxa de doadores efetivos com órgãos transplantados cresceu 6,7%, ultrapassando 9,6 por milhão de população para 10,3 por milhão de população, em razão da melhor taxa de efetivação da doação (29,2%).

Todavia, observa-se que ao longo dos tempos o número de doações tem aumentado. Porém, não o suficiente para reduzir a lista de espera (ROCHA, 2010), cabendo então reflexão acerca das causas que dificultam esse processo. Diversos são os motivos pelos quais afetam a doação de órgãos, ressaltando a recusa dos familiares e a não notificação de possíveis doadores. Assim, vale destacar a importância do preparo profissional no que diz respeito à abordagem familiar, momento decisivo para que se possa dar continuidade ao processo de captação de órgãos. Pois o sucesso da prestação da assistência à família e ao paciente se faz com os profissionais que, de certa forma, encontram-se preparados, na questão de conhecimentos e emoções (CINQUE; BIANCHI, 2010).

Até mesmo os profissionais encontram dificuldades de lidar com a temática, para que se possa dar início ao processo de doação/transplante é necessário encontrar-se com a morte, a qual é temida pelo ser humano. Essa questão torna-se relevante quando se considera que a morte pode refletir como um fracasso e, assim, evidenciar a inadequação e limitações do profissional da área da saúde. Além do fato em que o profissional depara-se com sua impotência na realização de suas atividades, a perda de um ente familiar leva o sujeito à ciência de sua finitude e, muitas vezes, o profissional é alvo da indignação dos familiares diante à perda do paciente (SILVA; SILVA; 2007).

A existência dos seres vivos é balizada por processos e fases de formação, nascimento, crescimento, maturação, reprodução e extinção. Essas etapas sucedem-se a diferentes ritmos, cumpridas necessariamente para que os indivíduos se realizem e as espécies durem e evoluam na sucessão do tempo, cada uma ao longo de determinado tempo. A vida é assim, repete-se em cada ser, segundo seu código genético e as condições do meio. Essa lei, esse encadeamento inevitável de fenômenos, configura a normalidade da vida em termos

biológicos e fisiológicos, para os vegetais, os animais e o homem. O desenrolar global daqueles processos demanda, para cada gênero e espécie, momentos e tempos diversos, e experimenta, sem alterar seu programa, as exigências da adaptação às variações e às variedades do ambiente. O homem, enquanto ser biológico, está sujeito a idênticos processos: forma-se, nasce, cresce, reproduz-se e morre como qualquer outro ser vivo (AZEVEDO, 1990).

Culturalmente, somos formados perante o conceito citado acima. Assim, acredita-se que há tempo para todas as coisas.

Então, diz-se em Eclesiastes, II, 1-8, p. 818, que:

...todas as cousas têm seu tempo, e todas elas passam debaixo do céu segundo o termo que a cada uma foi prescrito. Há tempo de nascer, e tempo de morrer. Há tempo de plantar, e tempo de arrancar o que se plantou. Há tempo de matar, e tempo de sarar. Há tempo de destruir, e tempo de edificar. Há tempo de chorar, e tempo de rir. Há tempo de afligir, e tempo de saltar de gosto. Há tempo de espalhar pedras, e tempo de as ajuntar. Há tempo de dar abraços, e tempo de se por longe deles. Há tempo de adquirir, e tempo de perder. Há tempo de guardar, e tempo de lançar fora. Há tempo de rasgar, e tempo de coser. Há tempo de calar, e tempo de falar. Há tempo de amor, e tempo de ódio. Há tempo de guerra, e tempo de paz.

A morte é um fato natural, assim como o nascimento, a sexualidade, o riso, a fome ou a sede. Diante dela todos os homens se igualam: sua foice é desferida indiscriminadamente, sem levar em consideração o status daqueles a quem escolhe; todos devem morrer: jovens e velhos, ateus e crentes, homens e mulheres, brancos e negros – sejam ricos ou pobres. Em todas as condições sociais, a morte nos mostra a absoluta igualdade entre os homens, nivelando-os ao mesmo destino. Porém, o significado do fenômeno da morte não se esgota em sua dimensão natural ou biológica. Ela comporta, também, como qualquer fato da vida humana, uma dimensão social e, como tal, ela representa um acontecimento estratificado. Todos morrem, é certo, contudo a duração da vida e as modalidades do fim são diferentes segundos as classes a que pertencem os mortos (MARANHÃO, 1986).

Tecer comentários sobre a temática – morte – foi sempre um ponto permeado por mistérios, os quais se tornam mais acentuados ao considerarmos que o homem é o único ser vivo que sabe sobre sua finitude. No passado, as pessoas que morriam nos seus domínios rodeados por familiares e amigos davam as últimas ordens e revelavam suas últimas vontades, chegando ao fim de suas vidas com qualidade, de maneira mais humanizada. Momento oportuno para familiares e pacientes repensarem a própria vida (QUINTANA; CECIM; HENN, 2002).

A morte acaba tornando-se uma questão ainda mais delicada quando é trabalhada em associação com o tema doação de órgãos. O processo de aceitação da morte de pessoas próximas ocorre de modo gradual: a morte social da pessoa, ou seja, a extinção da convivência com o meio familiar acontece lentamente (KYES; HOFLING, 1985). Aceitar a perda e o período de luto acontece através de rituais culturais e religiosos que preparam a família para lidar com o fato de não ter mais a presença do ente querido entre os familiares. Diante desse contexto, o impacto da notícia da morte e a solicitação para doação de órgãos representam uma interrupção na trajetória dos rituais frente à morte do outro (SADALLA, 2001).

A definição de vida e seu começo correspondem ao seu fim e, portanto, da ocorrência da morte. Definir a morte significa poder diagnosticá-la, o que, segundo neurologistas, constitui um problema tão antigo quanto à própria humanidade e que tem variado no curso histórico. A concepção teológica que se tem do mundo, o conhecimento científico e sua democratização são elementos que contribuem para a construção dos diferentes conceitos. Afirmar que uma pessoa está morta pressupõe que não há tratamento possível para reverter a cessação da vida, e na prática clínica, as manobras de reanimação cardiorrespiratória e a possibilidade de manter aquelas funções com equipamentos de suporte, obrigaram a redefinição do conceito de morte (MINAHIM, 2005).

Até a década de 60, a cessação das funções do coração e dos pulmões constituía o critério aceito para indicar o fim da vida, tais sinais não eram satisfatórios e completos, mas, por falta de conhecimentos científicos, os problemas de identificação da morte, quanto aos suportes devidos para a manutenção da vida, eram menos inquietantes. A morte era definida em razão de algumas de suas consequências, os chamados sinais de morte, uns tidos como duvidosos, outros como prováveis e alguns como certos: apergaminhamento da pele, mancha verde abdominal, parada completa e prolongada da circulação. Após surgirem as possibilidades de manutenção dos batimentos cardíacos, com os recursos oferecidos pela moderna tecnologia (inclusive aparelhos para circulação extracorpórea, respiradores artificiais, entre outros), distinguiu-se a morte clínica (paralisação da função cardíaca e respiratória), da morte biológica (destruição celular) e da morte cerebral (paralisação das funções cerebrais). Essa atualmente definida como morte encefálica (ME), que consiste na cessação irreversível das funções do encéfalo, ou seja, dos hemisférios cerebrais, do tronco encefálico e do cerebelo. Desde que se avançou para o conceito de morte encefálica, vários critérios diagnósticos foram estabelecidos, variando de um para outro país. No geral, aceitam-se os seguintes indicadores: a) coma profundo, sem nenhum tipo de resposta; b) lesão

irreversível e irreparável do encéfalo, ausência de reflexos integrados no tronco encefálico; c) prova de atropia negativa; d) apnéia comprovada; e) eletroencefalograma; f) período de observação. Não bastasse a complexidade dos meios para identificação da morte, há que se notar a quantidade de adjetivos utilizados para qualificar cada um dos indicadores, o que denota a dificuldade de estabelecimento de um critério uniforme e simples (MINAHIM, 2005).

Dentro de uma unidade de saúde é visível a dificuldade de lidar com a questão da morte até mesmo entre os próprios profissionais que se sentem limitados pela finitude da vida, pois, a morte lhes desperta sentimentos como frustração, medo e insegurança (KOVÁCS, 2004; COSTA; LIMA, 2005). E quando se fala de ME a compreensão diminui, pois se inicia com a dificuldade de obter um diagnóstico preciso e, o assunto, não é simples para se trabalhar com os familiares, uma vez que, os batimentos cardíacos, a temperatura corpórea e a respiração estão presentes - o que pode desencadear dúvidas sobre o real estado do paciente. Após o diagnóstico de ME o profissional se depara com um novo dilema que diz respeito à abordagem familiar para doação de órgãos, e esse assunto necessita de atenção especial, devido à falta de entendimento familiar tanto sobre este tipo de morte quanto ao processo de doação de órgãos.

Observa-se que o entendimento da ME é um dos fatores que influenciam no processo de doação de órgãos, geralmente os familiares só têm aproximação da temática quando um ente recebe tal diagnóstico, devido a uma lesão cerebral, o que dificulta a compreensão da ideia da cessação das funções do cérebro em um paciente aparentemente vivo. Pode-se dizer que o desconhecimento e a não aceitação da morte encefálica é compreensível; já que, classicamente, a morte era definida como a parada irreversível das funções cardíaca e respiratória, o que resulta em resistência não somente na população, mas inclusive entre os profissionais que atuam nessa área (SANTOS, MASSAROLLO, 2005).

E o profissional, durante o processo de doação de órgãos, precisa sentir-se seguro no que está acontecendo ao seu redor e não ter dúvida dos procedimentos necessários, desde o entendimento sobre morte encefálica até as condições técnicas e emocionais para esclarecer a família referente a todo processo doação/captação/distribuição/transplante.

Estudos, mesmo que focados aos profissionais de enfermagem, mostram que, apesar das implementações de mudanças, ainda são encontrados profissionais despreparados e alunos que, ao término da graduação, definem-se como incapazes ou imaturos para exercerem essa profissão (SILVA; SILVA, 2007). Tal lacuna é constatada no estudo em que os graduandos se

defrontaram com as questões sobre o papel do enfermeiro no processo de captação de órgãos e definições técnicas e burocráticas envolvidas no processo (GABRIELLI, 2004).

Assim, é indiscutível a necessidade de compreender o preparo dos profissionais, o que pode ser evidenciado pelos próprios familiares envolvidos, através da visão da família nuclear ou do responsável legal, com o intuito de entender as dificuldades que permeiam esse processo e então, futuramente, propor estratégias educativas eficazes para lidar com esta temática.

A busca da literatura, neste sentido, poderá nos auxiliar na compreensão desses achados, nos permitindo responder ao objetivo traçado no presente estudo.

2. OBJETIVOS

---

2. OBJETIVOS

Pretendemos neste estudo:

1- Explorar, recolher, organizar, sintetizar e compartilhar, através da revisão sistemática da literatura, os resultados de artigos primários, realizados no Brasil, referentes à percepção dos familiares em relação à atuação dos profissionais no processo de doação de órgãos.

3. REVISÃO DA LITERATURA

---

3. REVISÃO DA LITERATURA

A história dos transplantes vem rompendo barreiras e enfrentando desafios, embora de forma incipiente, por diversas décadas, conquistando impressionantes resultados, demonstrando a evolução científica e tecnológica aplicada ao setor. Pensando em progredir a ciência, grandes cientistas deram início às pesquisas de alta relevância. E ao considerar esse aspecto, não se pode perder de vista o início de toda a revolucionária história do desenvolvimento do transplante de órgãos sólidos vascularizados, que teve seu primeiro marco no início do século XX, com trabalhos experimentais de Aléxis Carrel e Emerich Ullmann (COELHO, 2003).

O trabalho de Carrel foi agraciado com o Prêmio Nobel de Medicina em 1912, com o desenvolvimento de técnicas de suturas vasculares com fios e agulhas, resumindo a sua aplicação clínica aos transplantes de órgãos. Por outro lado, Ullmann realizou o primeiro autotransplante de rim, no pescoço de um cão, no ano de 1902, em Viena (COELHO, 2003).

Desta forma, cumpre observar que já há feitos neste campo. Todavia, nem sempre com resultados satisfatórios, pois realizações como o xenotransplante (transplantes entre espécies diferentes), realizado no ano 1906 por Mathieu Jaboulay, em Lyon, não obteve efeito suficiente. Em 1933, Voronoy, na Rússia, realizou o primeiro alotransplante (transplante alogênico: seres da mesma espécie, mas geneticamente, diferente). Infelizmente os resultados não atingiram as supostas expectativas, pois foi utilizado um rim obtido de um cadáver, seis horas após a parada cardíaca. O receptor morreu 48 horas pós-cirurgia (COELHO, 2003).

De acordo com Varga (1998) e Emed e Emed (2003), o primeiro transplante com um resultado favorável aconteceu em Boston, no ano de 1954, realizado pelo Dr. Jonh P. Merrill. Foi um transplante renal entre gêmeos univitelinos, com sobrevida do receptor, por 20 anos. O primeiro transplante hepático foi realizado em cães, por Claude Welch, em 1955. Mas, por ineficiência dos imunossupressores, os seus resultados e dos demais pesquisadores da época não foram bem sucedidos. Após a ocorrência de fatos importantes na década de 50, como o início da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e a definição da morte do sistema nervoso em 1959, por um grupo de especialistas de Lyon. Aliados ao início dos transplantes, houve a definição da morte de uma pessoa, denominada morte encefálica, suplantando os critérios clássicos da parada cardiorrespiratória. Esses fatos, somados com o imunossupressor ciclosporina, nos anos 80, foram fundamentais para que uma série de transplantes,

especialmente de rim, coração e fígado, conseguisse passar da fase experimental (FERNANDEZ, 2000).

Já no Brasil, uma extensão natural de toda esta revolução científica, no ano de 1964, no Rio de Janeiro e em 1965, na cidade de São Paulo, foi dado o início as atividades de transplantes, com a realização de dois transplantes renais, respectivamente, no país. Outro evento importante ocorreu em 1989, dando o início ao transplante hepático intervivos, após realizar um transplante obtido de um doador adulto vivo. Isto abriu caminho para a utilização da mesma técnica em outros órgãos como, por exemplo, o pulmão (COELHO, 2003).

O primeiro passo para o transplante cardíaco teve início com um xenotransplante, realizado em 1964 por James Hardy, nos Estados Unidos. Infelizmente o resultado foi um fracasso. Entretanto, cumpre destacar o sucesso do alotransplante cardíaco, realizado no ser humano, por Christian Barnard, no ano de 1967, na cidade de Cabo, África do Sul, impulsionando a ampliação desse tipo de transplante. E no Brasil, o primeiro transplante cardíaco, realizou-se no ano de 1968, em São Paulo, pelo Dr. Euclides de Jesus Zerbini, meses após ao realizado por Barnard.

Ao abordar os transplantes, faz-se necessário categorizar, didaticamente, este processo, para melhor entendimento, ou seja, dividí-los em transplantes intervivos, de órgãos de animais e de cadáveres (ALMEIDA, 1995).

3.1 Doador Vivo

Quando se aponta à possibilidade de utilizar doadores vivos, subentende-se que tal procedimento só é possível quando se trata de órgãos duplos, com exceção à bipolaridade hepática. Não há problema, quando a doação é ascendente, de primeiro grau, dos filhos para os pais, ou descendente, quando se trata de uma doação dos pais para os filhos; quando a doação é de segundo grau entre irmãos, não há maiores restrições. Mas, no que tange à utilização de órgãos nas relações de terceiro grau (tios/sobrinhos) e quarto graus (primos) ocorre o risco de existir limitações para a doação. No caso de doadores entre esposo-esposa, quando não bem preparados, pode surgir um medo diante o procedimento, fato que deve ser bem trabalhado entre o casal para que não ocorra interpretação errônea, surgindo a desconfiança entre o parceiro e a parceira.

Em relação aos doadores não relacionados, entram como opção para fonte de doação. Mas, alguns questionamentos éticos devem ser levados em conta; evitando, assim, um olhar de desconfiança referente ao gesto altruísta, alegando a possibilidade de haver qualquer tipo de interesse comercial, o que passa a ser inaceitável. Então, é muito importante tentar encontrar algum relacionamento emocional, com o intuito de diminuir a desconfiança da conduta profissional.

Neste contexto os riscos da doação intervivo devem ser evidenciados. O percentual de óbitos de doador vivo é de uma morte para 3,200 transplantes. Apesar de baixa, é uma catástrofe para os familiares perder um indivíduo totalmente sadio. Fato recente, ocorrido com a estudante de enfermagem que veio a óbito após procedimento para doação de medula óssea (CANCIAN, 2011).

Relatos demonstram que, o primeiro transplante de rim intervivos não- consanguíneos no Brasil ocorreu na década de 70, na cidade de São Paulo, entre esposa e marido (BERLINGUER; GARRAFA, 2001). A Lei nº 9.434 de 4 de fevereiro de 1997, amplia os critérios da doação em vida, permitindo a qualquer pessoa juridicamente capaz doar, para transplante, um de seus órgãos duplos, desde que essa doação não comprometa a saúde do doador e que seja de forma gratuita. Em novas perspectivas, em 23 de março de 2001, foi editada a Lei nº 10.2011, dando nova redação ao artigo 9º da Lei nº 9.434. p.3:

“É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do corpo vivo para fins terapêuticos ou transplantes em cônjuges ou parentes consanguíneos até o quarto grau, (...), ou em qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial, (...)”

Diante de tais exposições, surge a necessidade de reflexão sobre a temática discutida, a intenção de compra e venda pode não ser transparente quando se utiliza alegações altruístas, referindo a ajuda ao próximo como único motivo à doação. O doador frente à necessidade financeira, e o receptor, fragilizado pela possível morte, encontram-se à mercê. É questionável se a legislação brasileira tem forças para atuar diante dessa real situação (PASSARINHO; GONÇALVES; GARRAFA, 2003). O que deixa evidente a necessidade de estudos que possam auxiliar em decisões acertivas, para que não ocorram irregularidades, e assim surjam desconfianças da conduta ética do profissional de saúde envolvido no processo, o que resultaria na diminuição de doações de órgãos, tanto intervivos quanto cadáveres.

3.2 Doador Cadáver

Para melhor entender o transplante através de doadores cadáveres, é necessário ter o conhecimento de que a utilização dos órgãos está ligada ao tipo de diagnóstico atribuído ao paciente.

O doador com diagnóstico de ME, a qual é definida como a parada total e irreversível da atividade do tronco e hemisférios cerebrais, respeitando-se a resolução nº 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina, sendo necessários dois exames clíconeurológicos e um exame gráfico complementar. Nessa situação a função cardiorrespiratória é mantida através de aparelhos e medicações. Em relação ao doador com coração parado recente ou doador sem batimentos cardíacos é possível a retirada de órgãos, em especial os rins. Já o doador em coração parado tardio, trata-se de um cadáver com parada cardíaca não recente (até 6 horas), nesse caso só poderão ser utilizados os tecidos.

A realização de transplantes com órgãos provenientes de cadáveres é considerada por muitos como a melhor opção, porém, ainda cercada por interessantes discussões éticas. Com a utilização dessa terapêutica, mudou-se o enfoque da morte, que não é mais pela parada cardiorrespiratória, mas encefálica. Deve-se definir que o indivíduo está clinicamente morto, mesmo observando que seu coração ainda pulsa e que, ao toque pode-se sentir o corpo com a temperatura considerada normal. Com a participação da comunidade científica, o Conselho federal de medicina definiu os critérios para caracterizar a morte encefálica, através da Resolução 1.480, de 8 de agosto de 1997. Então, a ME é estabelecida pela perda definitiva e irreversível das funções do encéfalo (hemisférios cerebrais e tronco cerebral), de causa conhecida e determinada de forma inequívoca. A especificidade do diagnóstico é de 100%. O indivíduo deverá ser submetido a duas avaliações clínicas e a um exame complementar por dois médicos não participantes das equipes de transplante, sendo que pelo menos um deles deverá ser neurologista ou neurocirurgião ou neuropediatra. E os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas são definidos por faixa etária, conforme especificado no Termo de Declaração de Morte Encefálica (ANEXO A). Nas duas avaliações clínicas, deverá ser confirmada a presença de coma aperceptivo, com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia.

Mesmo com toda esta esquematização e organização sobre ME, quando chega o momento de informar o familiar sobre o diagnóstico não é tarefa simples, tanto para a família receber a notícia de morte encefálica quanto para os profissionais que ficam com essa árdua

tarefa de esclarecer sobre a morte do paciente. Ainda mais quando o próximo passo é realizar a abordagem familiar em busca de uma possível doação de órgãos.

A expectativa pela aceitação da família não pode ser considerada como uma vitória para os captadores; se ocorrer, deve ser sem qualquer coação ou constrangimento; mas, nesse momento, o mais importante não é a ser a autorização da doação pela família, mas o saber confortar, informar o que é morte encefálica, entender do que se trata, o que pode evitar o medo de a morte ser declarada de forma antecipada.

A família deve ter a certeza que foram utilizados todos os recursos para a recuperação do paciente e que a eventual recusa não é motivo de insatisfação. E o mais importante é sentirem que nada será diferente com relação ao tratamento e aos cuidados necessários. Um fator importante na decisão em doar os órgãos do paciente é a certeza que os órgãos não serão utilizados para a comercialização ou para benefícios de indivíduos de maior poder social ou econômico.

É preciso registrar que, existe um controle rigoroso durante todo o processo, para que se diminuam as irregularidades e as desconfianças referente à atuação dos profissionais envolvidos. Pois, pode-se notar que, com a implantação das centrais de transplantes nos Estados, houve um grande avanço, uma vez que a notificação é obrigatória.

E para que esse processo continue evoluindo é de suma importância o comprometimento de alguns profissionais, esse é muito heterogêneo e dependente do estilo individual, de maior ou menor interesse na identificação de potenciais doadores (EMED; EMED, 2003).

Diante o exposto, e para que isso ocorra de forma mais homogênea, é necessário um trabalho intenso na preparação dos profissionais de saúde, implementando estratégias educativas e seguir com a educação continuada junto às equipes que atuam neste processo.

3.3 Xenotransplantes

É denominada como a utilização de órgãos ou tecido provenientes de animais. Uma das primeiras experiências foi polêmica, e ficou conhecida como Baby Fae. Em 1984 uma paciente pediátrica com insuficiência cardíaca terminal, depois de utilizados todos os recursos técnicos, não obtendo um coração humano, recebeu um coração babuíno na Universidade de Loma Linda, USA. Mesmo com o conhecimento de que esse tipo de transplante não teria

chances, os médicos o fizeram com a perspectiva de aparecer um potencial doador. A Possibilidade de transmissão de retrovírus do animal para o homem e o risco de disseminação de doença desconhecidas deixam esse procedimento discutível sob o ponto de vista ético. Vale ressaltar que os primatas não são a melhor opção, devido seu alto grau de rejeição. Sabe-se que tem sido utilizado com maior frequência suíno geneticamente modificado. Com o avanço do estudo com genoma e com a introdução de genes modificados, poderíamos dispor dessa fonte como potenciais doadores. Porém, antes de qualquer atitude, deve-se entender melhor os mecanismos da genética, mas, principalmente, estabelecer as normas éticas para esse procedimento (EMED, EMED; 2003).

As transplantações heterólogas se deparam com diversos problemas. O que ora nos importa, resta-nos dizer, qual o poder que temos sobre procedimentos que impliquem na morte de animais para nosso próprio benefício. O que nos leva a pensar sobre o momento em que o ser humano se depara com espécies em extinção, assim, faz-se importante refletir sobre o direito à vida e à saúde de um paciente em conflito com a obrigação constitucional de proteção dessas espécies. Sendo necessárias, restrições a utilização de espécies em vias de extinção como fornecedores de tecidos e órgãos. E outra questão que deve ser ponderada é não transformar os receptores em objetos de pura experimentação, respeitando sua decisão de recusa ao tratamento, no caso, o transplante (FLOR, 2004).

3.4 Legislação

Todavia, cumpre ressaltar que para cada proveniência existe uma intervenção adequada e, por esta razão, foi formulada a Resolução do COFEN 292/2004, com respaldo nas Leis 9434/97, que dispõe sobre a remoção de órgãos tecidos e parte do corpo humano para fins de transplantes e tratamentos. E da Lei n. 10.211/2001, que altera alguns dispositivos da lei supracitada. Proclama a necessidade de permanência do doador em Unidade de Terapia Intensiva, até a retirada dos Órgãos, incumbindo ao enfermeiro planejar, executar, coordenar supervisionar e avaliar os procedimentos de Enfermagem prestados aos doadores de órgãos e tecidos. Porém, vale ressaltar que, o processo de doação/transplante de órgão é algo complexo que deve ser desenvolvido em conjunto com a equipe multiprofissional focando resultados satisfatórios, e não só entendê-lo como função da equipe de enfermagem.

Para melhor compreensão das questões que envolvem a legislação, faz-se necessário um breve esclarecimento sobre a temática. Como ponto de partida evidencia-se a realização do primeiro transplante cardíaco realizado pelo Dr. Zerbini, 1968, se nesse procedimento fosse analisado com respaldo à Lei, este poderia ser passível de penalização. Considerou-se o altruísmo da doação, o perfil ético e moral do cirurgião, enfim a realização do transplante com todos os critérios de beneficência. A partir de então, legisladores e eticistas deveriam implantar as normas e os critérios de ME, para a doação de órgãos e, após uma longa reflexão, definiu-se o novo conceito de morte.

Na intenção de contextualizar, vale dizer que, a existência jurídica dos transplantes foi em decorrência da Lei 5.479, de 10 de agosto de 1968. Foi precursora no sentido de normatizar a retirada e os transplantes de tecidos, órgãos e partes de cadáver para utilização terapêutica e científica. Fundamentava-se em dois pressupostos: - primeiro: deveria ser precedida de prova incontestável da morte; segundo: condicionava a retirada à manifestação expressa da vontade do disponente ou familiares.

Essa fase foi importante para conferir existência jurídica ao doador vivo, permitindo-lhe dispor de órgãos e partes do próprio corpo para transplantes em pessoa indicada, relacionada ou não, por laços parentesco.

Quando melhor analisada pode-se observar algumas lacunas, foi incompleta a lei ao não se aprofundar a respeito dos critérios de morte. Incompleta também em não declinar um mínimo de preocupação com uma distribuição justa dos órgãos. Poderia um decreto suprimir falhas operacionais, porém nunca houve regulamentação. Porém, não podemos criticar, pois foi, entretanto, o mínimo possível para realidade da época.

Na década de 90, a lei se mostrava distante da realidade científica e apartada da arte médica. Um novo texto legal foi sancionado em 18 de novembro de 1992, sob nº 8.489. O qual continuou respeitando os dois pressupostos fundamentais: considerar a vontade do doador e familiares, porém não avançou na definição dos critérios de morte, embora no seu artigo 12º tenha tornado obrigatória a notificação, em caráter de emergência, de todos os casos de ME. Quanto a doadores vivos, restringiu a permissão para pessoa maior e capaz de dispor de órgãos e tecidos apenas para familiares (receptores relacionados). O avanço foi em virtude do decreto 879, de 22 de julho de 1993, que regulamentou a lei.

Procurando encontrar uma maneira de realizar uma distribuição mais justa de órgãos e tecidos disponíveis, a lei e o decreto determinaram ampla estrutura administrativa: criação de Centrais Estaduais de Transplantes e Centrais de notificação de casos de morte encefálica e instituiu a fila de espera única em nível estadual. Os hospitais, segundo o decreto, deveriam

ser cadastrados para a retirada e os transplantes de órgãos, depois de vistoriados e considerados aptos, pelo Sistema Único de Saúde.

Nessa segunda lei, houve a iniciativa de legislar importantes avanços: principalmente quanto aos diagnósticos do fim da vida humana, às formas mais justas de distribuir órgãos disponíveis e às medidas administrativas mais claras no credenciamento de hospitais e equipes médicas envolvidas na retirada e nos transplantes de órgãos (MARTINS, 2003).

3.5 Legislação atual

Em um curto período de tempo, cinco anos, ensejou nova iniciativa a respeito de transplante. Havia dois problemas: primeiro, o número de receptores com interesses nos órgãos de cadáveres é sempre muito maior do que a oferta. O segundo diz respeito à filosofia do Direito: a relevância dos direitos coletivos em relação ao direito individual. O que leva a refletir a quem pertence os órgãos de pessoas mortas ou a quem pertence a decisão a respeito dos órgãos do cadáver.

Legisladores, almejando aumentar a oferta de órgãos, conseguiram aprovar, então a Constituição de 1998 determinou o estabelecimento de critérios para facilitar as doações. Assim, em 05/02/1997 foi publicada, no Diário Oficial da União, a lei que regulamenta a doação de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Refere-se à Lei nº 9.434, citada acima, intitulada “Lei de Doação Presumida de Órgãos”, a qual contém 25 artigos, distribuídos 6 capítulos, a saber; I – Disposições gerais; II – Disposição *Post Mortem* de Tecidos, Órgãos e Partes do Corpo Humano para Fins de Transplante; III – Disposição de Tecidos, Órgãos e Partes do Corpo Humano Vivo para Fins de Transplante ou tratamento; IV – Disposições Complementares; V – Sanções Penais e Administrativas; VI – Disposições Finais.

Essa lei além de proibir a comercialização de órgãos, e impedia qualquer anúncio pela imprensa sobre a venda de órgãos e implantou a chamada doação presumida. Novas discussões surgiram: caso o cidadão não manifestasse ser contrário a doação, automaticamente passava a ser doador, e o Estado teria direito sobre o corpo. O único intuito dessa nova lei era aumentar o número de doação de órgãos, porém, as coisas não foram como imaginavam que seriam, houve uma reação contrária da sociedade, que passou a registrar em seus documentos a decisão de não doar.

O espírito da lei foi a criação do doador presumido, definido no artigo 4º. p.2:

“Salvo manifestação de vontade em contrário, nos termos desta lei, presume-se autorizada a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, para finalidade de transplante ou terapêutica post mortem.”

O novo contexto legal não atingiu o propósito de aumentar a oferta de órgãos; pelo contrário, milhares ou milhões se cadastraram como “não doador” em documentos oficiais. E o Conselho Federal de Medicina publicou a resolução, determinando que a consulta aos familiares, nos casos de morte encefálica, deveria ser mantida, contrariando o preceito legal. Assim, em março de 2001, ocorreu nova mudança na lei, a autorização para retirada de órgãos deve ser decisão familiar. E para que isso ocorra de forma digna, a família deve receber toda a informação necessária para a tomada de decisão, sem qualquer coação ou constrangimento; deve prevalecer o consentimento e a doação altruísta (EMED, EMED; 2003).

A aprovação pelo Congresso Nacional à Lei nº 10.211 que deu nova redação à Lei nº 9.434/97; restou assim o artigo 4º. p.1:

“A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica depende da autorização do cônjuge ou parente maior de idade, obedecendo a linha sucessora, reta ou colateral, até segundo grau, inclusive, firmado em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte.”

Vale ressaltar que, o texto legal continua sob nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, com artigos revogados pela lei 10.211.

A atual Lei dos transplantes, além da fracassada figura do doador presumido, inovou e modificou em outros capítulos. No seu artigo 1º descarta do seu âmbito o sangue, o esperma e o óvulo, disciplinados por estatutos próprios e específicos.

Os casos nos quais é imprescindível a verificação da causa médica da morte, a remoção somente poderá acontecer após autorização do médico responsável pela necropsia, a qual também se estende aos cadáveres objetos de retirada de órgãos e tecidos.

Quanto a doador vivo, permanece a possibilidade para receptores relacionados; quanto a não parentes, só se permite a doação com autorização judicial, com exceção para medula óssea.

E para melhor organizar todo esse árduo processo, o decreto 2.268, de 30 de junho de 1997, foi importante na estrutura administrativa com avanços significantes. Criou o Sistema Nacional de Transplantes, as Centrais Estaduais de Transplantes (CET), as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs). No Estado de São Paulo, o processo foi descentralizado com a criação das Organizações de Procura de Órgãos (OPOs).

Outro ponto foi a elaboração da Lista Única Nacional de receptores e determinou que a morte encefálica seja constatada e atestada por dois médicos, um dos quais neurologista titulado.

Já no ano de 2001, por determinação da portaria GM/MS nº 905/2000, foram criadas as Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT's), as quais, baseadas no modelo espanhol, passam a ter importante papel no processo de doação-transplante.

O Brasil possui uma grande experiência legislativa na temática. E os médicos e suas equipes de transplantes têm amparo legal suficiente para prosseguirem no exercício adequado e ético da profissão. Assim como, pacientes, familiares e a sociedade como um todo dispõem de um estatuto minucioso e suficiente para enfrentar o drama dos transplantes com segurança (MARTINS, 2003).

Neste sentido, vale destacar a importância de constantes atividades educativas junto à equipe envolvida no processo, aproveitando toda estrutura administrativa oferecida, no intuito de oferecer orientação adequada e efetiva sobre o desenvolvimento do processo de doação de órgão, tanto nos procedimentos intra-hospitalar, quanto no esclarecimento populacional, o que justifica a relevância do presente estudo.

Fonte: Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgão e Tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos

Fluxograma 01 – Descrição do Processo de Doação/Transplantes de Órgãos e Tecidos Humanos.

A descrição realizada nesse estudo, referente às etapas do processo de doação/transplante foi baseado nas Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgão e Tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos.

Todo o processo tem início com a identificação de um paciente diagnosticado com morte encefálica. Então, a equipe intra-hospitalar deve realizar a notificação às Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos. E após toda a avaliação realizada ao paciente e não identificado contraindicações que podem apresentar riscos aos receptores, pode-se dizer que há um potencial doador. Mantê-lo em perfeito estado para doação é tarefa complexa, fazendo-se necessário a manutenção da estabilidade hemodinâmica para garantir a viabilidade e a qualidade dos órgãos e tecidos.

Após a confirmação de morte é necessário comunicar à família. Logo a seguida, deve ocorrer a entrevista familiar por profissional capacitado, para que se possa obter o consentimento à doação. Caso haja concordância familiar à doação, o profissional responsável pelo processo de doação-transplante e a CNCDO correspondente passam a considerar os demais fatores para a efetivação do potencial doador. Identificado o possível doador, a equipe responsável pelo processo entra em contato com a CNCDO, a qual promove a distribuição dos órgãos e tecidos doados e identifica as equipes correspondentes para a retirada.

Para que se possa proceder com a retirada dos órgãos e tecidos, é preciso o fornecimento da Declaração de Óbito, em situações de morte natural. Quando se tratar de morte por causa externa, torna-se, obrigatório encaminhar o corpo ao Instituto Médico Legal (IML), para serem realizados os procedimentos recomendados. Então, ser emitido o Atestado de Óbito. Levando em consideração a complexidade de todo esse processo, o mesmo deve estar protocolado para evitar improvisações, as quais podem comprometer sua efetividade e colocar em dúvida a conduta ética dos profissionais envolvidos.

Para que todo o processo tenha resultado favorável, a adequada avaliação clínica e laboratorial do potencial doador de órgãos e tecidos torna-se fundamental, o que evitará a transmissão de enfermidades infecciosas ou neoplásicas. As Diretrizes Básicas descreve as poucas contraindicações absolutas para doação: tumores malignos, com exceção dos carcinomas basocelulares da pele, carcinoma insitu do colo uterino e tumores primitivos do sistema nervoso central; sorologia positiva para Human Immunodeficiency Virus (HIV) ou para Human T Lymphotropic Virus (HTLV) tipo I e II; sepse ativa e não controlada e tuberculose em atividade.

Identificar o potencial doador, realizar os exames necessários e informar a CNCDO é parte de todo o processo. Para que se possa alcançar um resultado satisfatório, é importante uma adequada

manutenção do paciente. E o objetivo da manutenção do potencial doador é otimizar a perfusão tecidual, assegurando a viabilidade dos órgãos. Para tal, recomenda-se um efetivo monitoramento cardíaco contínuo; da saturação de oxigênio; da pressão arterial; da pressão venosa central; do equilíbrio hidroeletrolítico; do equilíbrio ácido-base; do débito urinário; da temperatura corporal. Durante a manutenção, se necessário, é importante controlar as anormalidades através da reposição de volume; infusão de drogas vasoativas; adequada oxigenação; manutenção do equilíbrio ácido-base; manter temperatura acima de 35° C; prevenir e/ou tratar infecções. Tendo em mão o diagnóstico de morte encefálica, e uma correta manutenção do paciente, cabe então, seguir o processo e abordar a família solicitando a doação de órgãos e tecidos.

3.6 Entrevista Familiar

A entrevista familiar é um momento delicado no processo de doação, pois lidar com a perda do ente e a decisão altruísta pode dificultar a decisão. Nesse momento, é muito importante a atuação de um profissional treinado para realizar essa tarefa. A abordagem familiar pode ser feita por médico, enfermeiro, psicólogo ou assistente social, desde que esse profissional esteja capacitado. O importante é a família estar a par de todos os procedimentos realizados ao paciente antes, durante e após a doação. Principalmente, o que diz respeito a reconstituição do corpo e o tempo previsto para a entrega do paciente aos familiares.

Rodrigues e Sato (2002) afirmam que, tanto a abordagem quanto quem faz essa função são fatos muito importantes que influenciam na decisão da família. Em seu estudo grande parte dos sujeitos defende que, o melhor a realizar esse contato é o médico que cuida do paciente, para essas pessoas o médico tem uma maior proximidade e confiança dos familiares além de um melhor preparo para esclarecer dúvidas. Por outro lado, estudo mostra que, as pessoas recomendadas para esta abordagem é o enfermeiro (MCGOUGH; CHOPEK, 1990). Ambos os dados difere dos encontrados na literatura, os quais apontam não haver diferença entre quem realiza a abordagem para doação de órgãos (DIAMOND, et al. 1987). O importante é que esse profissional esteja capacitado e sinta-se seguro em propor doação e que se mostre preocupado com a família, o que pode resultar em decisões favoráveis à doação (BEASLEY, 1999).

Assim, faz-se necessário argumentar que, de acordo com a Resolução do COFEN 292/200, que proclama a necessidade de permanência do doador em Unidade de Terapia

Intensiva, até a retirada dos Órgãos, incumbindo ao enfermeiro planejar, executar, coordenar supervisionar e avaliar os procedimentos de Enfermagem prestados aos doadores de órgãos e tecidos. Então, em complemento pode-se dizer que, dentre os profissionais que atuam na equipe intra-hospitalar, o enfermeiro é o que permanece junto ao paciente por um período maior de tempo, e pode facilitar o elo entre família/enfermeiro/paciente, durante o período de internamento na UTI. O que pode ajudar no esclarecimento de dúvidas, uma vez que, este profissional tem a possibilidade de encaminhar o familiar até o leito do paciente, mostrar os resultados dos exames explicar o diagnóstico dado pelo médico. O Enfermeiro tem que estar preparado para sanar todas essas dúvidas. Assim, a família se sentirá acolhida e a par de todos os procedimentos realizados em seu ente querido.

Vale ressaltar que, indiscutivelmente, o único autorizado a informar o diagnóstico de ME é o médico, mas, o esclarecimento sobre o fato ocorrido e a abordagem pode ser realizado pelo enfermeiro. Desta forma, esse fato, aliado à comunicação que é considerada uma das habilidades do enfermeiro, demonstra a relevância desse profissional na abordagem familiar.

Não se pode deixar de mencionar que, o sucesso da entrevista familiar depende de alguns fatores como, a manifestação do paciente em doar seus órgãos após uma fatalidade, um atendimento digno tanto para o paciente quanto aos familiares e o conhecimento do entrevistador sobre a temática. O profissional é responsável em esclarecer à família todo o processo de doação, incluindo a morte encefálica. No entanto, muitas famílias encontram dificuldades para entender as orientações recebidas que influenciam no processo de doação/transplantes (SANTOS; MASSAROLLO, 2005).

Frente ao fato de que, para a obtenção dos órgãos é necessário a autorização familiar, ou seja, o contato profissional/família para que a doação de órgãos venha acontecer, pode-se dizer que a família é capaz de evidenciar a atuação dos profissionais envolvidos no processo de doação/transplante, independente se seja enfermeiro, médico, dentre outros que façam parte da equipe, o que torna importante o desenvolvimento do presente estudo.

3.7 Doação/transplantes de órgãos

Dando continuidade à evolução do processo, temos observado que isto tem passado por oscilações consideráveis, principalmente após a criação do Sistema Nacional de Transplante (SNT) em 1997, momento em que o Brasil chegou a ocupar o segundo lugar em

números de transplantes, com um índice de 7,2 a cada mil habitantes, sendo que antes, o número não ultrapassava 2,7 a cada mil habitantes. Outro ponto que favoreceu o processo de captação de órgãos foi à promulgação da Lei 9.434/97, que incluía a população como doadora presumida, em caso de inexistência de manifestação da vontade em contrário, sendo necessária a identificação de doador ou não em seus documentos.

Como resultado desta imposição estatal, houve uma queda no número de doação devido à desconfiança da postura ética dos profissionais, no sentido de comercialização e antecipação da morte do paciente internado. Dessa forma, a exclusão da livre manifestação da vontade no ato de doar, agregada ao pensamento do povo brasileiro, pois a lei, contrariamente, ao seu objetivo maior que é o de incentivar e propagar os transplantes, acabou por assustar a população. Com a resistência dos médicos em obedecer à lei, preferindo sempre consultar a família, essa foi parcialmente, revogada em 2001, no tocante a alguns dispositivos. Contudo, a quebra na curva ascendente em relação aos números de doações, continuou ocorrendo nos últimos anos (PICHONELLI, 2007).

No ano de 2007, em questão de doação de órgãos humanos, o primeiro lugar era sustentado pela Espanha, com 34 doações por cada mil habitantes. O segundo lugar acabou ficando com os Estados Unidos, com 23 por mil habitantes. E o terceiro lugar ficou ocupado pelo Canadá, que chega a um coeficiente de 14 a cada mil habitantes. Cumpre destacar que o Brasil tem um dos principais programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo, com 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas pelo SNT. (PICHONELLI, 2007).

Em 2009, o Brasil chegou ocupar o segundo lugar, com maior número de transplantes, atrás dos Estados Unidos, que fizeram 27.961 no ano de 2008, com 101.944 pessoas aguardando nas filas, em 30 de abril de 2009 (MARINHO, 2010). Diante do exposto, pode-se dizer que os números de transplantes de órgãos realizados no Brasil revelam pontos positivos; e, por sua vez, também revela uma questão muito importante e decisória em todo o processo de captação e distribuição de órgãos. O ponto favorável é referente ao aumento de 44% no número de transplantes, entre 2001 e 2007. O índice, que era de 56,4 transplantes por milhão de habitantes, passou para 81. Em contra partida, o número de doadores falecidos, que é a maior preocupação das autoridades do setor, teve um risório crescimento, chegando a 8,2%, no período. No ano de 2007, do total de casos em que a doação não ocorreu, 34,7% tiveram origem na recusa familiar, isso em caso de doação pós morte (WALTER, 2008).

Vale ressaltar que ainda existem muitos dogmas, conceitos religiosos e desconfiança sobre a atuação e preparo profissional que, de certa forma, dificultam o processo, o que pode repercutir no número de transplantes, no Brasil (MORAES; MASSAROLLO, 2008).

Desta forma, pode-se constatar a relevância deste estudo, mostrando a importância da doação de órgãos humanos. Todavia, é preciso investigar o significado disso entre as famílias que passam ou já passaram por esta experiência. E que a repercussão pode ter estas ações, em detrimento aos tabus, mitos e crendices existentes, neste sentido. Isto por si revela a importância do estudo.

No decorrer desta pesquisa, pretende-se investigar em referenciais teóricos como os familiares que passaram pela abordagem para doação de órgãos veem o preparo dos profissionais que atuam no processo de captação de órgãos humanos. Pois, de acordo com as palavras de Cicollo e Shermer (2010), a temática é incipiente na formação de profissionais de saúde, no nível de graduação e pós-graduação, o que de certa forma irá refletir na abordagem e nas estratégias educativas desenvolvidas por esses profissionais.

Neste sentido, deve-se destacar a necessidade de formação de recursos humanos que inspirem credibilidade a toda comunidade acerca da segurança e das vantagens hoje contidas, na contemporaneidade, em relação a esses procedimentos. Estudos realizados em um grande e considerável Hospital de São Paulo, avaliando o conhecimento e a atitude populacional em relação à doação, obtiveram resultados já esperados. Isto é, o número de transplantes é pequeno em relação à demanda de pacientes na espera por doadores (ROCHA, 2010). A falta de informações deixa a desejar em face dos dogmas que ocupa uma posição de 53% dos fatores ascendentes de uma suposta resistência familiar. E as questões religiosas atingem um percentual de 36,4 %. Os 23% restantes ficaram como questões pessoais. Apontaram também, fatores intra-hospitalares que exerceriam coação sobre suas decisões, fazendo com que possíveis doadores trocassem de ideia (CORRÊA; SALES; SOARES, 2002).

A mudança no tratamento ao paciente, no decorrer do internamento, visando à captação dos órgãos, a falta de confiança e os erros na abordagem, na qual a grande maioria define que durante a internação seria o mais apropriado para a abordagem familiar, e com um percentual de 52%, 38,3% entende este por momento apropriado para abordagem, após o falecimento. E a menor parte necessita de um tempo após a morte, o que dificultaria a retirada de alguns órgãos (FREITAS; KIMURA; KAKINE, 2007).

Os não doadores também se mostraram vulneráveis, deixando uma possibilidade de se tornarem futuros doadores de órgãos, dependendo da abordagem que fosse feita, de forma satisfatória e convincente, e tendo uma empatia relacionada à confiança nos profissionais

envolvidos. Tal vulnerabilidade leva-se a pensar na falta de conhecimento prévio, o que poderia ser sanado com ações educativas junto à população. Assim, faz-se importante compreender como está a atuação dos profissionais, os quais desenvolverão atividades que facilitarão o entendimento e a melhor aceitação dos possíveis doadores e receptores de órgãos, ou seus familiares, que tomarão uma decisão positiva ou negativa referente à doação de órgãos.

Em virtude destas considerações, observa-se que a remoção de órgãos e tecidos e o transplante devem ser objeto de constantes estudos críticos e reflexivos. É importante enfatizar que existe uma lacuna muito grande no elo paciente/enfermeiro/familiar, necessitando ser colmatada.

Mediante o exposto, faz-se mister um embasamento teórico mais efetivo para suprir as dificuldades dos profissionais e dos familiares, na tentativa de uma análise mais aprofundada de existentes dogmas, uma vez que muitos acreditam em mitos, como sequestro para retirada de órgãos, seguidos de comercialização (LOTTENBERG, 2007; MORAES; MASSAROLLO, 2008). E conceitos que aumentam a resistência no momento da decisão, fatos que colocam em evidência as irregularidades, como captação desnecessária (somente para fins lucrativos) que de certa forma colocam em risco a postura ética dos profissionais (MORAES; MASSAROLLO, 2009).

Assim, urge-se de acompanhamento do familiar por todo o processo, começando com o internamento, seguido dos exames que evidenciariam uma suposta morte encefálica e, o mais importante, uma abordagem pelos profissionais de forma transparente, facilitando assim a tomada de decisão positiva dos familiares, uma vez que o consentimento familiar é a maior limitação no sucesso de transplantes de órgãos (BRYCE et al., 2005).

Sabe-se então, que muitas são as dúvidas que envolvem os familiares na tomada de decisão sobre uma possível doação de órgãos de seu ente querido, tendo também que lidar com a dor da perda. Vale ressaltar que tais dúvidas não confundem somente os familiares; mas atingem direta ou indiretamente os profissionais que atuam no processo de doação de órgãos (MORAES; MASSAROLLO, 2009). Estas indagações, quando levantadas pelos profissionais, tornam-se pertinentes ao considerar que a morte pode ser compreendida como um fracasso - é preciso refletir as limitações dos profissionais de saúde. Essa questão fica mais delicada quando se trata de morte encefálica, pois, os profissionais reconhecem certa insegurança e despreparo para lidar com essa situação (GUIDO et al, 2009).

Percebe-se que, para que esse processo ocorra com qualidade, os profissionais necessitam encontrar um ponto de equilíbrio para lidar com conflitos pessoais que a

confrontação com a morte do outro lhe impõe. Isto exige repensar como se processa essa manifestação de habilidade de comunicação ao se relacionar com familiares do paciente e ter conhecimento suficiente para sanar as dúvidas dos entes queridos.

Porém, para que se atinja este comportamento, é necessário um preparo prévio, o que facilitará o enfrentamento diante a realidade de uma provável morte encefálica de um possível doador de órgãos. E esse preparo só pode ser adquirido através da Educação para a Saúde, envolvendo profissionais ainda durante o processo de sua formação técnico-científica, garantindo mudanças de postura na sua prática futura; para aqueles que já atuam na área, é importante oferecer programas de educação permanente (MORAES; MASSAROLLO, 2009), para que então possam desenvolver efetivas ações educativas junto à população.

Nesta vertente, entretanto, há que se pensar na forma de educar os futuros profissionais para o tema doação de órgãos, visto o caráter ético-humano que envolve essa prática.

Neste sentido, pretende-se apoiar-se na Educação para a Saúde, fazendo-se imprescindível tecer argumentos epistemológicos que possam sustentar a sua práxis, evitando assim, a repetição mecânica de uma prática educativa que, muitas vezes, impede a criticidade, a valorização humana e a sustentação de uma ação pensada e repensada - haja vista a mudança de paradigma da educação e a necessidade das interfaces, para melhor compreender o homem e o mundo dos nossos tempos.

Isto posto, vivencia-se a urgência de desvelar novas práticas educativas. De fato, se faz tão necessária nos tempos da contemporaneidade, pela inconsistência dos modelos tradicionais, que atualmente, já se tornaram obsoletos.

Assim, faz-se mister a relevante importância esta revisão sistemática da literatura sobre o assunto em foco. Para tanto, será possível buscar a identificação das lacunas que existem nas práticas profissionais durante o processo doação de órgãos, as quais poderão ser relatadas por familiares que passaram pela abordagem familiar para doação de órgãos. Essa pesquisa facilitará na proposta de ações/intervenções educativas dentro da universidade e junto à população; subsidiarão as mudanças necessárias, o que se torna imprescindíveis para obtenção de futuras saídas satisfatórias, tendo em vista as questões em apreço, relativas à doação de órgãos, procurando buscar dados científicos através da divulgação e publicação. E assim, dar continuidade às investigações científicas sobre a temática central. Isto pressupõe propor e alicerçar os nossos estudos, contribuindo deveres, para outros estudos na área da Educação para a Saúde somando como outros esforços no intuito de sensibilização e

mobilização às mudanças e aprimoramento nesse processo, para as questões que se atrelam às doações de órgãos humanos, no país.

Assim considerando, há que se repensar nas dimensões sociais, organizações políticas e sociais em relação à família evitando desconfiança ou injustiça, além de manter a imprescindível distribuição democrática dos órgãos, em foco.

Parece-nos, portanto, considerável oferecer sugestões de propostas educativas de orientação aos profissionais e familiares que vivenciam essa experiência, encaminhando para instituições que se atentam para esse fim. Para tal, faz-se necessário evidenciar as situações limites referentes à atuação profissional, que serão contemplados nas falas dos familiares que passaram pela abordagem para doação de órgãos, presentes nos trabalhos que selecionados através de uma revisão sistemática de estudos qualitativos.

3.8 Situação Limite por Freire

Para melhor compreender o termo “situação limite” é necessário esclarecer os passos do método de Paulo Freire, o Itinerário de Pesquisa, que teve início em meados de 1968 (GADOTTI, 2001). Este método parte de fontes culturais e históricas dos indivíduos. Esse processo é norteado pelo profissional com o intuito de desvelar o objeto em parceria com os participantes.

Na etapa da investigação temática, é necessário buscar os temas que fazem parte da realidade dos indivíduos. As investigações dos principais termos, assuntos da realidade vai constituir os “Temas Geradores”, que formam a realidade do universo dos participantes, problematizado pelo diálogo, o que facilita evidenciar as contradições e as situações concretas que estão vivendo agora.

É importante entender os homens na sua realidade, e a investigação temática se faz, assim, num esforço comum de consciência e autoconsciência, que a inscreve como ponto de partida no processo educativo (FREIRE, 1987).

A investigação das situações limites é fundamental para identificar os temas geradores, seguindo para problematização, o que resulta na ação. Segundo Paulo Freire (1987), as situações limites dão início a todas as possibilidades, e muitas vezes se apresentam aos homens e mulheres como esmagadoras, opressoras, restando-lhes nada mais do que se adaptar. Essa situação deve ser superada para captar o que está aparentemente oculto.

O próximo passo é a codificação, que de acordo com Freire (1992, p.20) é o processo de criação das codificações das situações que:

...funcionam como desafios aos grupos. São situações problema codificadas guardando em si elementos que serão decodificados pelos grupos com a colaboração do coordenador. O debate em torno delas irá, como o que se faz com as que nos dão o conceito antropológico de cultura, levando os grupos a se conscientizarem...

Dando sequência ao processo, define-se a decodificação anteriormente citada na fala de Freire, como a análise da situação vivida, um momento dialético em que as pessoas passam a admirar e refletir sobre sua ação. Momento em que refazem seu poder reflexivo e se reconhecem como seres capazes de transformar o mundo (FREIRE, 1996).

Segundo as palavras de Freire (1987), que traz o próximo passo, é o desvelamento crítico ou problematização que representa a tomada de consciência das situações reais, deparando-se com seus limites e as suas possíveis superações. Nesta fase ocorre o processo de reflexão que possibilita às pessoas aprenderem com o intuito de promover a superação dos problemas que afetam a vida do homem.

Diante o exposto acima, que teve como objetivo esclarecer a origem da situação limite, a qual será utilizada no presente estudo com o intuito de demonstrar caminhos para superar as questões que dificultam o processo de doação de órgãos referente à atuação profissional evidenciado pelos familiares abordados para doação.

4. METODOLOGIA

---

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa baseada em um estudo descritivo-analítico fundamentado em uma revisão sistemática da literatura científica sobre o tema central do presente estudo.

A quantidade de estudos qualitativos na área de saúde tem sido considerada alta. Assim, o desafio que enfrentamos nos dias de hoje é utilizar os resultados desses estudos na prestação de cuidado de saúde e na melhoria da prestação de serviços (SANDELOWSKI, 2004). A quantidade e complexidade de informações na área da saúde, aliado ao tempo escasso dos profissionais, têm determinado a necessidade de processos que possam norteá-los até os resultados de pesquisas. Então, a revisão sistemática é muito importante na coleta, na categorização, na avaliação e por fim na síntese dos trabalhos selecionados (GALVÃO, SAWADA, TREVIZAN, 2004), o que pode ampliar a visibilidade e o impacto de inúmeras pesquisas qualitativas (LOPES, FRACOLLI, 2008). E assim, ajudar na compreensão e aplicação do conhecimento, favorecendo a tomada de decisão de práticas de saúde, assim, como nortear os profissionais no processo de doação/transplantes de órgãos.

4.1 Tipo de pesquisa

O presente estudo trata então, de uma pesquisa não-experimental realizado através do método da revisão sistemática de literatura.

De acordo com Cook, mulrow, haynes (1997) a revisão sistemática é considerada uma investigação científica em si mesma. É um estudo retrospectivo e secundário que agrega, de forma organizada, resultados de estudos primários (GREENHALG, 2003), sendo esses os sujeitos da investigação.

No final do século passado, este tipo de estudo tornou-se, de certa forma, mais popular devido ao aumento da quantidade de informação científica disponível em estudos primários. O que dificulta a disseminação do conhecimento referente a determinado tema pela necessidade e dificuldade de acesso a todos os estudos. Assim, esse método reúne, organiza e avalia criticamente, as informações dos estudos, transformando-as em conhecimentos que podem ser utilizadas para definição de decisões a serem tomadas na área da saúde, o que possibilita a revisão prática e a elaboração de novas políticas (CASTRO. et al. 2002).

Nosso trabalho tem como intuito o recolhimento, a organização, a sintetização e o compartilhamento de conhecimentos referentes à atuação dos profissionais que trabalham no processo de captação de órgãos segundo a visão dos familiares envolvidos nesse processo. Tais esforços se justificam para que cada vez mais haja profissionais competentes que sejam capazes de lidar com as situações que ocorrem no processo de captação de órgãos, inclusive nas questões que envolvem os familiares, os quais são fundamentais para que se efetive a doação de órgãos.

4.2 Etapas do processo de revisão sistemática

A revisão sistemática é entendida como técnica científica objetiva, eficiente e reproduzível. Para melhor esclarecer a trajetória que foi percorrida, citamos abaixo as etapas utilizadas na execução desta pesquisa.

4.2.1 Definição da Questão Norteadora

A priori, antes de começar a pesquisa foi necessário delinear uma questão norteadora. Na presente pesquisa, para a elaboração da questão em foco foi utilizada a estratégia PICO (Joanna Briggs, 2008), sendo “P” família, “I” ao fenômeno de interesse, que no nosso estudo, refere-se a atuação profissional e o “Co” ao desfecho, o resultado que esperamos encontrar, assim, define-se que:

P = Família – Nesta pesquisa definiu-se como família, o responsável pelo paciente, Assim, seguimos o **Art. 4º** da Lei Nº 10.211 23 de março de 2001 que diz: *A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento assinado por duas testemunhas presentes à verificação da morte.*

I = Atuação Profissional – Em nosso estudo a atuação profissional será relacionada à sua ação, procedimentos e condutas diante o processo de doação de órgãos.

- Co =**
- Percepção da família acerca da atuação profissional.
  - Dificuldades apontadas pelos familiares que possam influenciar na decisão de doar.
  - Posicionamento familiar referente à abordagem profissional.
  - Esclarecimento por parte dos profissionais sobre os procedimentos realizados ao paciente.

Assim, a questão norteadora de busca é:

Qual a visão dos familiares que passaram pela abordagem para doação de órgãos, referente à atuação dos profissionais que atuam neste processo?

4.2.2 Critérios de Inclusão

Em nosso estudo foram incluídos os trabalhos que abordavam a temática doação de órgãos e que evidenciava a visão dos familiares responsáveis pelo potencial doador de órgão, referente à atuação dos profissionais envolvidos nesse processo.

O tipo de participante: com o intuito de ter um suporte legal foram, neste estudo, incluídas todas as pessoas adultas que se enquadram nos critérios citados no Art. 4 da Lei n. 10.211/2001. Isto visa a evidenciar a rigorosidade da Lei que faz o norteamento de todo o processo de doação/transplantes de órgãos.

Foram considerados os trabalhos que demonstram a realidade do País, ou seja, somente pesquisas realizadas no território brasileiro. Os trabalhos estão incluídos independente se a decisão foi positiva ou negativa para doação de órgãos. Pois, após a aproximação da visão dos familiares referente à atuação dos profissionais envolvidos no contexto de doação de órgãos, é possível alavancar com novos estudos que visem à elaboração de estratégias educativas no Brasil visando o aumento no número de transplantes.

Decidiu-se por pesquisar os trabalhos publicados nos últimos 10 anos (2001 a 2011). O período foi definido embasando-se na Lei anteriormente mencionada, isto é, a de n.

10.211/2001, que altera alguns dispositivos da Lei 9434/97, momento em que a família retorna ser a única responsável pelo destino do paciente, com morte encefálica.

4.2.3 Critérios de Exclusão

Não foram utilizados trabalhos que trouxeram a atuação profissional na visão dos próprios profissionais, tais como, enfermeiros, médicos, psicólogos dentre outros – posto que esses vivenciam essa prática tanto de forma direta quanto indireta.

Observa-se que há uma preocupação no que diz respeito aos cuidados com os pacientes receptores; não importa somente realizar o transplante, senão preocupar-se com a qualidade de vida do paciente transplantado. Porém, no decorrer do estudo, foram excluídos os artigos que mencionavam a percepção destes pacientes e de seus familiares sobre a atuação profissional.

Os artigos que não contivessem no título, os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Medical Subject Headings (MeSH), palavras-chave e ou termos livres que indicassem a potencialidade de encontrar a descrição da visão da família submetida à abordagem profissional para a doação de órgãos, foram eliminados.

Adotamos como forma de exclusão, seguindo o norteamento de Barroso (2003) quando diz que, após a leitura do título, o próximo passo é realizar a leitura do resumo, e em seguida o texto na íntegra. Assim, foram eliminados os artigos que não evidenciavam no seu resumo, e no texto completo os resultados referentes à atuação profissional.

4.2.4 Tipos de Estudos

Esta revisão considerou estudos qualitativos de pesquisa primária, mas não limitados a projetos como a etnografia, fenomenologia, análise narrativa e pesquisa-ação.

4.2.5 Fenômeno de Interesse

Foram considerados nesta revisão, os estudos que investigam a visão dos familiares, independente se a doação foi efetivada, referente ao preparo profissional no processo de doação de órgãos.

4.2.6 Definição dos Locais de Busca

Com o intuito de alcançar o objetivo e recuperar documentos que tratem a atuação do profissional envolvido no processo de doação de órgãos, levando em consideração a relação entre membros da família e o profissional envolvido, acreditamos na probabilidade de encontrar tais documentos nas bases de dados bibliográficas – BDB, ou base de referências bibliográficas, que podem ser operacionalizadas através de palavras de linguagem natural ou palavras-chave e descritores (ORTEGA, 2002).

De acordo com Cummings (2011) é possível realizar uma revisão sistemática focando em artigos originais (informação pessoal)¹. Assim, neste estudo, a opção foi de concentrar as atenções sobre artigos científicos de abordagem qualitativa. Sendo assim, os resultados da amostra final não trará conhecimentos das dissertações, teses e manuais (gray literature) produzidas nos últimos 10 anos.

Realizamos as buscas no portal PubMed e nas seguintes bases de dados: SCOPUS, CINAHL, EMBASE, Web of Science, Science Direct, LILACS, BDENF.

A PubMed (Public Medical) representa cerca de 1.888.000 citações de artigos base de dados bibliográfica internacional da área médica e biomédica. Indexa além dos periódicos selecionados, outros títulos que publicam assuntos do interesse das ciências da saúde (MALERBO, 2011).

A SCOPUS indexa mais de 14.000 títulos de 4.000 editoras, nas diversas áreas do conhecimento. Possui cerca de 27 milhões de resumos, incluindo citações, desde 1996. Os textos completos de revistas assinadas pelo Consórcio CRUESP/Bibliotecas

---

¹ Informação fornecida pela Canadense Cummings na palestra “aprendendo a conduzir uma revisão sistemática. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2011.

(USP/UNESP/UNICAMP) são visualizados a partir dos resumos, como também é possível verificar artigos científicos na Web, automaticamente, pelo buscador SCIRUS.

A base de dados CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) é fonte confiável de informação para literatura profissional de enfermagem, aliada à saúde, biomedicina e cuidado à saúde. Traz referências de livros, capítulos de livros, panfletos, materiais audiovisuais, teses, software educativos, anais de congressos selecionados, padrões da prática profissional, ações da prática em enfermagem, avaliações críticas e instrumento de pesquisa (MALERBO, 2011).

A EMBASE foi criada em 1974. É um serviço eletrônico da Elsevier que oferece acesso às bases de dados EMBASE e MEDLINE. Abrange as áreas de: ciências biomédicas básicas, biotecnologia, engenharia biomédica e instrumentação, administração e política da saúde, farmacologia, saúde pública, ocupacional e ambiental, psiquiatria e psicologia, ciência forense, medicina veterinária, odontologia, entre outras. É a versão eletrônica das 52 seções da Excerpta Médica.

A Web of Science é uma base de dados do Institute for Scientific Information (ISI), que permite a recuperação de trabalhos publicados nos mais importantes periódicos internacionais, apresentando as referências bibliográficas contidas nos mesmos, informando ainda, sobre os trabalhos que os citaram, com referências a outros trabalhos. O período de abrangência estende-se de 1900 até o presente, incluindo os conteúdos das bases "Century of Science" e "Century of Social Science".

O acesso à base de dados Science Direct, da Elsevier, efetiva-se a partir de equipamentos existentes na Universidade de São Paulo (USP) e pela participação USP no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES). Segundo divulgação naquele website: "Contém publicações periódicas da Elsevier e de outras editoras científicas, cobrindo as áreas de Ciências Biológicas, Ciências da Saúde, Ciências Agrárias, Ciências Exatas e da Terra, Engenharias, Ciências Sociais Aplicadas, Ciências Humanas e Letras e Artes. Portanto, Science Direct é uma empresa líder de texto completo, que oferecem periódicos e capítulos de livros de mais de 2.500 revistas e mais de 11.000 livros. Existem atualmente mais de 9,5 milhões de artigos / capítulos, uma base de conteúdo que está crescendo a uma taxa de quase 0,5 milhões de adições por ano. O acesso é efetivo, a partir de equipamentos existentes nos campi da USP (USP.SIBI, 2011).

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, atendendo o objetivo de representar um índice bibliográfico da produção científica e técnica em saúde. Indexa outros tipos de literatura científica como teses, monografias, livros e capítulos de

livros, trabalhos apresentados em congresso ou conferências, relatórios, publicações governamentais e de organismos internacionais regionais. Seus registros são também, indexados no Google da WEB e no Google acadêmico. Atingiu, em 2011, 541.710 mil registros bibliográficos de artigos publicados em 825 periódicos em ciência da saúde (PACKER; TARDELLI; CASTRO, 2007).

A BDENF – Base de Dados em Enfermagem é uma fonte de informação, composta por referências bibliográficas da literatura técnico-científica brasileira em Enfermagem. Projetada pela equipe da biblioteca J. Baeta Viana da Universidade Federal de Minas Gerais, teve, em 1992, seu primeiro número impresso, com 2610 registros inseridos (MALERBO, 2011).

4.2.7 Escolha dos Descritores

As buscas foram realizadas no DeCS através da BVS e dos MeSH através do National Center for Biotechnology Information (NCBI). As palavras-chave e os termos livres foram incluídos no decorrer da pesquisa, a cada leitura de título, do resumo e dos descritores. Isso nos possibilitou incluir ou excluir determinado grupo de trabalhos. Com a utilização das mais variadas estratégias de buscas, fomos direcionados para **265 títulos** de artigos em todas as oito bases de dados. A lista completa dos DeCS, MeSH, palavras-chave e termos livres está apresentada no **Quadro 01**.

Quadro 1 – DeCS, MeSH, Palavras-chave e/ou termos livres utilizados nas estratégias de busca nas bases de dados e portal

BASE DE DADOS	DeCS, MeSH, Palavras-chave e/ou termos livres
PubMed	Search ("Organ Transplantation"[Mesh] OR "Transplantation"[Mesh]OR "Tissue and Organ Procurement"[Mesh] OR "Tissue Donors"[Mesh] OR "Tissue and Organ Harvesting"[Mesh]) AND ("Health Education"[Mesh] OR "Health Promotion"[Mesh] OR "Health Personnel"[Mesh] OR "Attitude of Health Personnel"[Mesh] OR "Health Educators"[Mesh] OR "Family"[Mesh]) AND "Qualitative Research"[Mesh] Limits: published in the last 10 years
SCOPUS	Your query: (TITLE-ABS-KEY(transplantation OR organ transplantation OR tissue AND organ procurement OR tissue donors OR tissue AND organ harvesting OR tissue donor OR organ donation OR directed tissue donation OR organ procurement) AND TITLE-ABS-KEY(health education OR health promotion OR health personnel OR attitude of health personnel OR family OR health educators OR health personnel as patients OR health care personnel OR health personnel attitude) AND TITLE-ABS-KEY(qualitative research* OR qualitative stud*)) AND DOCTYPE(ar) AND PUBYEAR > 2000 AND PUBYEAR < 2012
CINAHL	(MH "Organ Transplantation" or "Organ Procurement") and (MH "Health Education" or "Health Educators" or "Health Personnel as Patients" or "Family") and "Qualitative Studies" ((S1 or S2) and (S3 or S4 or S5 or S6)) and (S7 or S9)) Limitadores - Texto completo; Data de publicação de: 2001-2011 Restringir por TypePublication0: - journal article.
EMBASE	'organ transplantation'/exp OR 'organ donor'/exp OR 'directed tissue donation'/exp OR 'transplantation'/exp AND ('health education'/exp OR 'family'/exp OR 'health care personnel'/exp) AND 'qualitative research'/exp#9 AND (2003:py OR 2004:py OR 2005:py OR 2006:py OR 2007:py OR 2008:py OR 2009:py OR 2010:py OR 2011:py) AND 'Article'/it
Web of Science	Topic=(transplantation or organ transplantation or tissue and organ procurement or tissue donors or tissue and organ harvesting or tissue donor or organ donation or directed tissue donation or organ procurement) AND Topic=(health education or health promotion or health personnel or attitude of health personnel or family or health educators or health personnel as patients or health care personnel or health personnel attitude) AND Topic=(qualitative research* or qualitative stud*) Timespan=2001-2011. Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S. Lemmatization=On
Science Direct	TITLE-ABSTR-KEY("organ transplantation" or "organ donation" or transplantation or "directed tissue donation") and TITLE-ABSTR-KEY("health education" or family or "health care personnel" or "health personnel attitude") AND LIMIT-TO(pubyr, "2011,2010,2009,2008,2007,2006,2005,2004,2003,2002,2001") AND LIMIT-TO(topics, "organ donation,liver transplantation,brain death,transplant recipient,kidney transplantation,living donor,organ transplantation,renal transplantation,liver transplant,lung transplantation,psycho social") and qualitative study
LILACS	(((("DOACAO DE ORGAO") or "DOACAO DIRIGIDA DE TECIDO") or "TRANSPLANTES DE ORGAOS") or "TRANSPLANTES") or "OBTENCAO DE TECIDOS E ORGAOS" [Descritor de assunto] and ((("EDUCACAO EM SAUDE") or "FAMILIA") or "PESSOAL DE SAUDE") or "ATITUDE DO PESSOAL DE SAUDE" [Descritor de assunto] and "2001" or "2002" or "2003" or "2004" or "2005" or "2006" or "2007" or "2008" or "2009" or "2010" or "2011" [País, ano de publicação]
BDENF	(((("DOACAO DE ORGAO") or "DOACAO DIRIGIDA DE TECIDO") or "TRANSPLANTES DE ORGAOS") or "TRANSPLANTES") or "OBTENCAO DE TECIDOS E ORGAOS" [Descritor de assunto] and ((("EDUCACAO EM SAUDE") or "FAMILIA") or "PESSOAL DE SAUDE") or "ATITUDE DO PESSOAL DE SAUDE" [Descritor de assunto] and "2001" or "2002" or "2003" or "2004" or "2005" or "2006" or "2007" or "2008" or "2009" or "2010" or "2011" [País, ano de publicação]

4.2.8 Coleta de Dados

Após levantamento dos trabalhos indexadas nas bases de dados, para evitar repetições foram tomados os seguintes cuidados: buscar uma base de dados por vez. Ao cadastrar, foram excluídas as citações repetidas. Realizou-se verificações periódicas para garantir a ausência de repetições. Por fim, os resultados que alcançaram os critérios de inclusão foram adicionados na amostra bibliográfica. Então, para aprofundar as buscas, novas buscas foram realizadas, utilizando os descritores presentes em cada artigo, e que não haviam sido usados nas buscas iniciais. Após essa nova busca, analisou-se as referências utilizadas na elaboração dos artigos selecionados na pesquisa.

Assim, recuperou-se 29 novos artigos, com a utilização dos novos descritores, porém, os trabalhos não se enquadravam nos critérios de seleção da pesquisa. Em relação à análise do referencial bibliográfico nos artigos, não foram encontrados artigos que pudessem ser inclusos na pesquisa.

Para o processo de seleção da amostra bibliográfica foi utilizado, a proposta de Barroso et al (2003), a qual sugere a seleção por leitura do título, seguido do abstract e, por fim, do texto na íntegra, o que resultou nos trabalhos pertinentes para o estudo proposto. Caso a leitura integral não se deixa clara a sua elegibilidade, há necessidade que sejam submetidos a um *expert*, para uma decisão final (BARROSO, et al., 2003).

O resultado quantitativo das buscas pode ser visualizado no **Quadro 02**.

No que tange a análise crítica dos estudos selecionados, avaliou-se a qualidade dos estudos selecionados através do Teste de Confiabilidade JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research (JBI, 2008) – (ANEXO B).

Este teste possui 10 perguntas que investigam se há congruência entre: a metodologia da pesquisa e os objetivos; os métodos de coleta e de análise dos dados, a metodologia e a interpretação dos dados; se as vozes dos participantes estão adequadamente apresentadas, se os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos foram seguidos e destacados, entre outros, onde deve ser assinalada uma das três opções de resposta: Yes, No, Unclear.

Quadro 02 – Quantidade de artigos selecionados

BASE DE DADOS	LEITURA DO TÍTULO	SELEÇÃO TÍTULO	ARTIGOS BRASILEIROS	SELEÇÃO POR RESUMO	EXCLUSÃO DOS DUPLICADOS	LEITURA NA ÍNTEGRA	APLICAÇÃO DO QARI	AMOSTRA FINAL
PubMed	61	22	01	00	00	00	00	00
SCOPUS	09	09	00	00	00	00	00	00
CINAHL	20	27	06	05	05	00	00	00
EMBASE	55	18	00	00	00	00	00	00
Web of Science	79	28	06	02	00	02	02	02
Science Direct	20	13	00	00	00	00	00	00
LILACS	16	12	10	06	01	05	04	04
BDENF	05	05	05	03	03	00	00	00
Total	265	134	28	16	09	07	06	06

4.2.9 Seleção pela leitura do título

Após a realização da busca criteriosa dos trabalhos que resultaram em **265 artigos**, desses, **134 artigos** foram selecionados como prováveis integrantes da amostra.

Os artigos encontrados nas bases de dados: EMBASE, PubMed, Science Direct, Scopus, Web of Science foram exportados e armazenados no EndNote Web. Já os trabalhos selecionados através das Bases de dados LILACS e BDENF foram salvos em uma pasta individual. Essa decisão foi tomada devido ao menor número de artigos encontrados. Em relação à base CINAHL, foi enviado por correio eletrônico as listas para recuperação on-line. Todos os artigos passaram por esse processo e, então, seguiu-se para leitura dos títulos.

Além destes recursos, cada artigo selecionado nesta etapa foi salvo por ordem do seu aparecimento em um documento produzido no software Microsoft Office Excel 2007, contendo título, autoria, dados da publicação, resumo e descritores, o que facilitou no próximo passo do processo.

4.2.10 Seleção pela Leitura do Resumo

Em seguida, com o término da utilização das estratégias de buscas em todas as bases de dados e a organização das listas de resumo, o pesquisador (principal) e um segundo pesquisador, neste caso, a orientadora desta pesquisa, realizaram a leitura, individualmente dos resumos.

Restaram, da leitura do título, **134 artigos**. Porém, não foi realizada a leitura de todos. No decorrer desta etapa foram excluídos os artigos que não eram de resultados de pesquisas desenvolvidas no Brasil. E, então, foi realizada a leitura do resumo de **28 artigos** selecionados, pois, o objetivo do estudo era trabalhar com resultados de pesquisas nacionais. Vale ressaltar que, dentre os resultados das buscas, foram encontrados artigos que tiveram participantes de diversos países, prevalecendo somente, participantes de pesquisas feitas no território brasileiro.

Após a leitura de todos os resumos, **08 artigos** foram excluídos e restaram **16 artigos**. Desses, foi realizada a comparação dos artigos e eliminando os duplicados, resultou em **07 artigos** que foram identificados como prováveis integrantes da amostra.

4.2.11 Seleção pela Leitura do Artigo na Íntegra

Nesta etapa, os artigos foram impressos e lidos pelos dois pesquisadores, separadamente. Apareceram estudos que evidenciavam a visão dos familiares referente a todo o processo de doação. Estudos com enfoque no processo de decisão familiar na doação de órgãos de seus filhos; os motivos que levam a família a recusar a doação de órgãos; como a família percebe todo esse processo de doação e a experiência de doação de órgãos na visão dos familiares frente à abordagem profissional.

Os artigos foram lidos, no mínimo três vezes, e ao término desta etapa foi excluído **01 artigo**, sendo selecionados **06 artigos** como prováveis integrantes da amostra.

Levando em consideração os riscos de seleção dos artigos nesta pesquisa, optamos por adotar limites mais precisos para a seleção da amostra final. Por isso, utilizou-se um instrumento de avaliação da qualidade dos estudos, ou seja, foram selecionados através do Teste de Confiabilidade JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research (JBI, 2008), configurando-se em uma nova etapa no processo de seleção da amostra final. Após essa etapa, já com os artigos definitivos da amostra **Quadro 04**, iniciou-se a leitura mais crítica, com o intuito de evidenciar as situações limites, as quais foram levantadas pelos familiares sobre a atuação profissional no processo de doação de órgãos.

4.3 Segue as fases da análise dos artigos considerados pertinentes ao estudo em questão

4.3.1 Processo de análise dos dados

Para análise e interpretação dos dados utilizamos os pressupostos da análise temática (categorias) preconizado por Freire (1987), adaptado por Bueno (2001). O desenvolvimento desse estudo segue os seguintes passos:

4.3.2 Levantamento das Situações Limites

Refere-se à descrição e interpretação das situações limites evidenciadas nos artigos selecionados. Através das falas dos familiares presentes nos trabalhos foi possível identificar as situações que dificultam o processo de doação de órgãos, referente à atuação do profissional envolvido. O que possibilita a identificação dos temas geradores.

4.3.3 Levantamento dos Temas Geradores

Esta fase culmina com a busca de resultados muito ricos para os educadores, não só pelas relações que travam, mas pela busca da temática do pensamento dos homens, pensamento este, que se encontra somente no meio deles (FREIRE, 1992). Visa buscar, portanto, temas que sejam os mais significativos da vivência dos familiares que foram sujeitos da pesquisa nos artigos utilizados em nosso estudo.

4.3.4 Organização do material coletado

Aqui, o conteúdo registrado é resultado da emissão dos significados e do pensamento dos familiares abordados para a doação de órgãos, captados através de suas falas identificadas

nos artigos selecionados, o que possibilita a interpretação e seleção dos assuntos centrais, conforme sugere (FREIRE, 1992). Processa-se a leitura detalhada de todo o artigo, evidenciando as frases que trazem a visão do familiar referente à atuação profissional no processo de doação. É nesta fase que se faz um recorte do texto, selecionando frases identificadas que evidenciam essa visão, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (MINAYO, 2008). Então, torna-se possível juntar pensamentos para próxima fase.

4.3.5 Seleção e codificação das frases identificadas nos artigos

São selecionadas em ordem definida algumas frases que possam ser agrupadas pela riqueza temática, codificando-se os temas geradores.

4.3.6 Síntese das frases selecionadas

Selecionados e codificados os temas geradores, agrupam-se todas as palavras e frases selecionadas ao tema gerador, reunindo grandes temas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aqui está a construção dos resultados da literatura científica encontrada sobre **Doação de Órgãos e visão da família sobre a atuação do profissional neste processo: revisão sistemática da literatura brasileira**. Assim os resultados serão apresentados concomitantemente às discussões e comentários. Primeiramente serão apresentados os quadros dos dados da literatura científica evidenciada, construindo, então, as categorias referentes às situações limites extraídas dos artigos selecionados, utilizando as fontes, as referências completas, descritores, o ano e a identificação dos trabalhos, atendendo, com isso, o período de 10 anos, a partir de janeiro de 2001 até outubro de 2011, apropriados do portal PubMed e nas seguintes bases de dados: SCOPUS, CINAHL, EMBASE, Web of Science, Science Direct, LILACS, BDENF. Os quadros estão identificados como **Quadro 03 - Quadro 04**. Conforme se segue.

Para definição dos artigos considerados pertinentes para o estudo foi realizado um processo criterioso, iniciando com a busca cuidadosa no portal e nas bases de dados, então, submetemos os artigos à técnica de Barroso, et al. (2003). E para fechar esse processo foi aplicado o Teste de Confiabilidade descrito anteriormente.

Quadro - 3: Artigos de Periódicos encontrados sobre doação de órgãos 2001 a 2011

FONTE	REFERÊNCIA	DESCRIPTORES	ANO	ID
01 BVS LILACS	SANTOS, Marcelo José dos; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. Rev. Latino-Am. Enfermagem , Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, June 2005. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300013&lng=en&nrm=iso >. access on 26 Nov. 2011. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000300013 .	• Transplantes de órgãos; • Família; • Percepção.	2005	LL01
02 BVS LILACS	DELL AGNOLO, Cátia Milene; BELENTINE, Leda Maria; ZURITA, ROBSMEIRE CALVO MELO; COIMBRA, Jorseli Ângela Henriques; MARCON, Sonia Silva. A experiência da família frente à abordagem para doação de órgãos na morte encefálica. Rev Gaúcha Enferm. , Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3):375-82. Disponível: http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8343/6990	• Morte encefálica; • Doação dirigida de Tecido; • Família	2009	LL02
03 BVS LILACS	SADALA, Maria Lúcia. A experiencia de doar órgãos na visão de familiares de doadores. J. bras. nefrol. , São Paulo (SP) 2001 set;23(3):143-151, Disponível: http://www.jbn.org.br/default.asp?ed=47	• Família; • Captação de Órgãos; • Transplantes; • Bioética	2001	LL03
04 BVS LILACS	BOUSSO, Regina Szyt. O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva. Texto contexto - enferm. , Florianópolis, v. 17, n. 1, Mar. 2008. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100005&lng=en&nrm=iso >. access on 26 Nov. 2011. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000100005 .	• Morte; • Transplantes de órgãos; • Tomada de decisão.		LL04
05 WEB OF SCIENCE	MORAES, Edvaldo Leal de; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Reasons for the family members' refusal to donate organ and tissue for transplant. Acta paul. enferm. , São Paulo, v. 22, n. 2, 2009. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000200003&lng=en&nrm=iso >. access on 26 Nov. 2011. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000200003 .	• Organ transplantation; • tissue transplantation; • tissue donos; • brain death; • family	2009	WS01
06 WEB OF SCIENCE	MORAES, Edvaldo Leal de; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Family refusal to donate organs and tissue for transplantation. Rev. Latino-Am. Enfermagem , Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, June 2008. Available from < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000300020&lng=en&nrm=iso >. access on 26 Nov. 2011. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000300020 .	• Organ transplantation; • Family	2008	WS02

Obs: a identificação (ID) foi elaborada da seguinte forma: utilizou-se as duas primeiras letras que referem-se à base de dados onde o artigo foi recuperado, e os dois dígitos finais correspondem ao número conforme indicado.

Quadro - 4: Ideias Centrais e Situação Limites referentes à atuação profissional ao processo de doação de órgãos

FONTE	IDEIAS CENTRAIS REFERENTE À ATUAÇÃO PROFISSIONAL	SITUAÇÕES LIMITES NA VISÃO DOS FAMILIARES
LL01	- ...Nem sempre há os esclarecimentos necessários sobre as ocorrências com o paciente durante o período de internação... - ...O profissional muda a atitude e a postura quanto ao atendimento do paciente e da família quando percebe que essa é esclarecida...	- Falta de informação e discriminação pelos profissionais.
	- ...A família fica chocada ao receber a informação do diagnóstico de morte encefálica quando não há esclarecimento prévio sobre a possibilidade de ocorrência....	- Falta de informação pelo profissional referente à possível morte encefálica.
	- ...Inicialmente a família desconfia da solicitação da doação de órgãos, por acreditar que o quadro do paciente possa ser reversível... - ...O comentário das pessoas de que médicos matam para tirar os órgãos...	- Falta de confiança na atuação profissional.
	- ...As informações sobre como proceder, aonde ir e o tempo para liberação do corpo são imprecisas... - ...O longo tempo, os trâmites e as informações contraditórias no processo de liberação do corpo pelo IML causam transtornos e incomodam os familiares...	- Falta de informação pelo profissional referente aos trâmites pós-doação.
LL02	- ...a credibilidade na equipe de saúde é uma condição determinante no grau de incerteza dos familiares...	- Falta de confiança na atuação profissional.
	- ...Nem sempre a abordagem é percebida de modo positivo...	- Atuação profissional sem compreensão e acolhimento no momento familiar.
	- ...Há necessidade de melhorar as informações prestadas aos familiares...	- Falta de informação pelo profissional
LL03	- ...Acrésceta-se ao sofrimento e à revolta da família as dúvidas a respeito do que é morte encefálica e o que acontece posteriormente... Insegurança em doar os órgãos da pessoa viva... - ...as dúvidas a respeito do diagnóstico de morte encefálica podem manter a família em situação de conflito. Dificultando a tomada da decisão e a convivência com a decisão de ter doado...	- Falta de informação pelo profissional referente à possível morte encefálica
	- ...O descaso, a demora no processo de retirada dos órgãos provoca sofrimento. Torna-se, então, muito complicado doar... - ...Na perspectiva de alguns, a falta de atenção à família desestimula o processo de doação... - ...Ressaltam a necessidade de apoio consistente a família após a doação, incluindo estimular a avaliação das famílias a respeito da experiência de ter doado órgãos....	- Atuação profissional sem compreensão e acolhimento no momento familiar.

FONTE	IDEIAS CENTRAIS REFERENTE À ATUAÇÃO PROFISSIONAL	SITUAÇÕES LÍMITES NA VISÃO DOS FAMILIARES
LL04	- ...Os significados e respostas vão surgindo através da comunicação entre os familiares e profissionais...	- Falta de informação pelo profissional
	- ...A credibilidade na equipe é determinante para a família...	- Falta de confiança na atuação profissional.
	- ...As Famílias que não permitem a doação referem-se a uma abordagem precoce e sem envolvimento...	- Atuação profissional sem compreensão e acolhimento no momento familiar.
	- ...A narrativa da família a respeito da sensibilidade do profissional que atende seu filho, para experiência que estavam vivendo, expõe o papel fundamental de reconhecimento do sofrimento e acolhimento que deve ser realizado pela equipe de saúde...	
WS01	- ...A ausência de confirmação do diagnóstico de morte encefálica, e o desencontro das informações transmitidas à família, pela equipe do hospital, geram dúvidas sobre o quadro do paciente é motivo para recusar a doação...	- Falta de informação pelo profissional referente à possível morte encefálica
	- ...Há crenças de que a morte do parente possa ser antecipada ou induzida objetivando a doação dos órgãos...	- Falta de confiança na atuação profissional.
	- ...Quando a equipe médica solicita a doação de órgãos, antes da confirmação do diagnóstico, é motivo de revolta e indignação para os familiares...	- Atuação profissional sem compreensão e acolhimento no momento familiar.
WS02	- ... a família nem sempre recebe informações, gerando equívoco da impressão da boa evolução...	- Falta de informação pelo profissional.
	- ... a informação sobre o estado do paciente nem sempre é dada, fazendo com que a falta de esclarecimento sobre a gravidade do quadro seja motivo para acreditar na sua recuperação, quando, na verdade, a situação é bastante grave...	
	- ... a família não é informada do início dos procedimentos de confirmação de morte encefálica e a notícia só é dada depois que o diagnóstico é constatado. A falta de esclarecimento gera angústia, dor e desespero...	- Falta de informação pelo profissional referente à possível morte encefálica
	- ...A falta de sensibilidade da equipe é um fator que adiciona sofrimento, quando a família percebe que o único interesse do profissional que está cuidando do potencial doador é a doação de órgãos. O resultado para doação acaba sendo negativo...	- Atuação profissional sem compreensão e acolhimento no momento familiar.
	- ... desconfiança na assistência e o medo do comércio de órgãos dificultam o processo...	- Falta de confiança na atuação profissional.

Obs: a identificação foi elaborada da seguinte forma: utilizou-se as duas primeiras letras, que se referem à base de dados onde o artigo foi recuperado, e os dois dígitos finais correspondem ao número conforme indicado.

Para a construção dos resultados foi necessário a utilização de uma estratégia apropriada que facilitasse a compreensão da classificação dos termos. Assim, as situações limites encontradas nos artigos selecionados foram denominadas como categorias e subcategorias.

Foram encontradas três categorias e duas subcategorias. Como mostra o **Quadro – 05** abaixo:

Quadro – 05: Referente à relação das categorias e subcategorias bem com as suas identificações.

CATEGORIAS	IDENTIFICAÇÃO	SUBCATEGORIAS	IDENTIFICAÇÃO
SLA - Falta de confiança na atuação profissional.	LL01-LL02-LL04-WS01-WS02		
SLB – Atuação profissional sem compreensão e acolhimento no momento familiar.	LL02-LL03-LL04-WS01-WS02		
SLC - Falta de informação pelo profissional.	LL02-LL04-WS02	SLC01 - Falta de informação pelo profissional à família referente à possível Morte Encefálica.	LL01-LL03-WS01-WS02
		SLC02 - Falta de informação pelo profissional à família referente aos trâmites pós doação	LL01

Obs: SLA (Situação Limite A); SLB (Situação Limite B); SLC (Situação Limite C) - SLC01/02 (São subcategorias da Situação Limite C).

Para esta fase de elaboração dos resultados e discussões, iniciamos com a categoria: **Falta de confiança na atuação profissional (SLA)**. Portanto pudemos destacar os seguintes artigos: LL01-LL02-LL04-WS01-WS02.

Assim, faz-se mister conduzirmos esta discussão à tecer comentários referentes ao processo de doação de órgãos, o qual vem sendo trabalhado com uma certa preocupação, tanto em nossos estudos quanto em outros trabalhos desenvolvidos em todo o mundo, pois, sabe-se da complexidade de ações que o envolve. Esse processo pode ser definido como um

conjunto de procedimentos que objetiva a oficialização da doação de órgãos, que deve ser autorizado pela família do potencial doador de órgãos.

Não se pode perder de vista, e assim reconhecer os inúmeros avanços tecnológicos e a elaboração de novos medicamentos que auxiliam na diminuição do número de rejeição. Tais fatos transformaram, de forma significativa, o processo de doação/transplante de órgãos, o que possibilitou a superação da fase experimental e tornou-se uma opção terapêutica. Porém, toda essa evolução só pode ser considerada eficaz após a efetivação da doação de órgãos, e para oficializar esse procedimento, pressupõe que a família venha proceder sua autorização.

Estudos mostram que o consentimento familiar é a maior limitação no sucesso de transplante (BRYCE, et al; 2005). Destarte, no intuito de eliminar essa limitação, é de suma importância um atendimento adequado visando não só a doação, mas também, oferecer assistência que envolva a família em todo processo, no intuito de obter resultados satisfatórios. O que pode ser evidenciado no recorte abaixo:

... a assistência prestada durante a internação do paciente é satisfatória quando observa que o atendimento é adequado e que os profissionais estão empenhados no tratamento... quando há crença na falta de assistência adequada ou o descontentamento com o atendimento prestado, os familiares ficam revoltados e desejam expressar essa revolta fazendo a reclamação no próprio hospital... (LL01);

No momento em que há relativa complexidade em contextualizar questões que envolvem família, não se pode esquecer sua individualidade, devendo respeitá-los. Assim, leva-se em consideração a amplitude territorial brasileira, aliada às grandes diferenças sociais, culturais e religiosas da família, podendo-se dizer que, as dificuldades relacionadas ao processo de doação ficam ainda maiores.

Vale ressaltar que torna extremamente necessária a integração entre os profissionais que atuam nessa temática, objetivando oferecer ao possível doador de órgão, assim como aos familiares, assistência digna. Isso pode aproximar os familiares da verdadeira intenção dos profissionais frente à solicitação para doação, e possivelmente, diminuir a falta de confiança que os familiares demonstram em relação à atuação profissional, a qual deve ser realizada com base numa constante comunicação, o que iria viabilizar o aumento de informações ao familiar referente o estado do paciente.

De acordo com as palavras de Stein; Hope; Baum (1995), a doação de órgãos poderia ser facilitada se os profissionais priorizassem a comunicação com a família do possível

doador. Pode-se dizer que isso resultaria na credibilidade do serviço, questão essa, evidenciada nos recortes abaixo:

... a credibilidade na equipe de saúde é uma condição determinante no grau de incerteza dos familiares...(LL02);

... a credibilidade na equipe é determinante para a família...(LL04);

Todos os seres humanos sabem ou têm noção da sua finitude e que o fim devido é inevitável. Porém, não é simples aceitar esse fato. Então, lidar com a morte consiste em uma questão difícil. Assim, o que se deve ser levado em consideração é a dor e o sofrimento que envolvem os entes querido. E que para o familiar, não é fácil compreender as informações recebidas diante de seu ente em apreço. E, portanto, interpretar os comportamentos dos profissionais é mais complexo, tornando-se algo difícil de trabalhar.

A morte acaba se tornando tema extremamente delicado quando é abordado em associação a questão da doação de órgãos (CARVALHO, et al. 2006). O processo de aceitação de morte ocorre de forma gradual: a morte social da pessoa, ou seja, o término da convivência com o meio familiar acontece de forma oportunamente vagarosa (KYES; HOFLING, 1985). Dentro deste contexto, o impacto da notícia da morte acompanhada pelo pedido de doação de órgãos representa uma ruptura nos rituais necessários (SADALLA, 2001). Diante disto, Rech e Filho (2007) sugere que o profissional tenha a certeza da ocorrência da morte encefálica, a seguir, com a abordagem para doação de órgãos. Isto pode evitar na atitude da família, a desconfiança em relação a conduta ética do profissional.

Observa-se, a complexidade desse trâmite de morte e abordagem familiar para doação, pois que aceitar essa doação é reconhecer que não há mais retorno, ou seja, aceitar a morte do ente querido.

No decorrer deste processo é importante ressaltar que, a atuação do profissional demanda coerência com a realidade que o familiar está vivenciando, para evitar desconfiança frente à sua atuação.

Por prudência e segurança, os profissionais que assistem o possível doador de órgãos devem aguardar o momento exato e inevitável da morte encefálica. Pois, nesse momento crucial, podem surgir problemas éticos, decorrentes de pressa das equipes transplantadoras, haja vista a intenção de identificar logo as circunstâncias que autorizem a remoção dos órgãos.

Portanto, é necessário que todos os esforços sejam destinados à manutenção da vida do paciente, e que esse não seja encarado como um potencial doador, antes de serem realizados todos os exames necessários, visando aumentar a credibilidade na conduta ética dos profissionais envolvidos.

Isto posto, pode-se observar nos dados da literatura encontrada, que os familiares não confiam na abordagem, conforme descrito a seguir.

... inicialmente, a família desconfia da solicitação da doação de órgãos, por acreditar que o quadro do paciente possa ser reversível... (LL01);

... a crença de que a morte do parente possa ser antecipada ou induzida objetivando a doação dos órgãos...(WS01);

Diante do exposto, vale trazer à discussão o trabalho de Rodriguês e Sato (2002), realizado na maior capital brasileira, que demonstraram os pontos levantados pelos sujeitos da pesquisa, referente aos motivos que os levariam a serem ou não doadores. Assim, pode-se observar que 53% relataram não ser doador devido à insegurança na atuação do profissional de saúde. E todas as pessoas questionadas responderam que na possibilidade de doação no ato da internação, poderia mudar de opinião, caso observassem que o tratamento estivesse visando somente à captação de órgãos. No mesmo estudo, 58% dos entrevistados deixariam de aceitar a doação frente ao erro de abordagem, e 34%, diante à falta de confiança no médico responsável pela captação. Já para aqueles que não se consideravam possíveis doadores, 47% passariam a ser doador dependendo de uma abordagem bem feita e 34,9% afirmaram a presença de confiança na equipe médica. Isto leva a refletir na importância da atuação clara e objetiva, priorizando o bem estar do paciente, independentemente, se há ou não possibilidades da internação resultar em doação de órgãos, demonstrando assim, atitudes confiáveis aos familiares.

No intuito de trazer à nossa realidade uma visão internacional, estudos realizados no Japão e na França demonstram que a escassez de transplantes com órgãos obtidos de doadores cadáveres se deve aos aspectos culturais e religiosos, e também à falta de confiança no sistema médico japonês e francês (KIUCHI; TANAKA, 2003, CANTAROVICH, 2005).

Retomando a realidade brasileira, é de suma importância aceitar que existem inúmeros fatores que dificultam o processo. Assim, cabe pensar sobre sugestões que venham

possibilitar a superação dessas situações limites, que dificultam todo o processo. É de nosso interesse seguir com estudos nesta lógica, após a finalização desta pesquisa.

Pode-se observar, por exemplo, que o processo de doação de órgãos tem uma tendência de ser interpretado com um olhar capitalista, momento em que surge desconfiança referente à verdadeira intenção da abordagem familiar. Há, por um lado, um sentimento altruísta dos profissionais que disponibilizam de seu tempo, de forma efetiva, séria e comprometida, eticamente, para tal realização, ou por outro lado, ocasionalmente, haver a intenção mercenária visando lucros e benefícios próprios. Isto é mais do que complexo, envolve necessariamente a ética.

O pensamento freireano destaca o homem enquanto fazedor de cultura, e que aprende a viver a vida mediatizado com o ser humano e com o mundo. Neste processo, destaca-se a importância do sentido humanista e humanitário do viver historicamente com amorosidade, de forma cidadã, ética e solidária, para se projetar uma vida mais humana e mais digna possível (FREIRE, 1992).

O que não se deve perder de vista, é que as histórias familiares revelam crenças da família sobre morte e doação de órgãos. Tais crenças têm implicações nas decisões e afirmam que estas crenças devem ser discutidas abertamente, tanto no meio familiar quanto com os profissionais (LEICHTENTRITT; RETTIG, 2002).

Além das crenças, deve-se levar em consideração ainda a propaganda negativa sobre a corrupção na doação de órgãos, contribuindo para que a família tome ciência e acredite que o comércio de órgão seja uma realidade. A mídia tem um impacto persuasivo neste sentido, a ponto de fazer com que os familiares acreditem piamente que todos estão envolvidos, já que há possibilidade de tráfico de órgãos. Essa questão surgiu como resultado de pesquisa demonstrando que 53% dos sujeitos afirmaram recusar a doação de órgãos devido à insegurança quanto ao destino dos órgãos doados (RODRIGUES; SATO, 2002). Nas palavras de Coelho et al. (2007) os principais motivos para não doação de órgãos foram: ausência de confiança na medicina ou no sistema de captação à distribuição de órgãos. E, principalmente, na crença de existir comércio de órgãos. Tais explicações merecem um olhar crítico-reflexivo conforme refere Freire (1987), no intuito de mudar essa realidade apresentada na discussão. Pode se dizer que, o sistema brasileiro de doação de órgãos é regido por leis rigorosas, assim, apoiando-se nesse ponto positivo e investindo na educação da autonomia dos profissionais demonstram o poder de aumentar o nível democrático e livre em relação ao esclarecimento da população e portanto, evidenciando resultados mais favoráveis possíveis.

Os resultados destes estudos supracitados vão ao encontro dos nossos achados, conforme pode ser observado nas frases abaixo.

... o comentário das pessoas de que médicos matam para retirar os órgãos... (LL01);

... desconfiança na assistência e o medo do comércio de órgãos dificulta o processo... (WS02);

Desta forma, é importante tecer comentários e travar questionamentos frente aos achados. Observou-se, no desenvolver desta discussão, a falta de confiança na atuação do profissional envolvido no processo, e que esse fato traz consequências, diminuindo o número de doação e tirando a chance de melhorar a qualidade de vida do indivíduo que aguarda por um órgão. Certo é que, a confiança na equipe, resulta em aumento direto no número de doações, e a mudança de opinião das pessoas passando de não doador para doador em potencial na dependência de uma abordagem adequada como profissionais treinados para esse fim (DIAMOND, et al. 1987).

O que não se pode deixar de pontuar é a individualidade de cada estudo, pois, em resultados desta pesquisa, foi possível encontrar sujeitos que entendiam o comportamento dos profissionais como favorável à doação. Então, é necessário compreender o contexto em que ocorreu a abordagem atrelada à historicidade e o conhecimento prévio do familiar.

Destarte, vale repensar se há esclarecimentos suficientes à população sobre a temática, pois, quando a família conhece o desejo do paciente, fica mais fácil de aceitar a doação (ROZA, et al. 2010). E para que ocorram campanhas que esclareçam a população é importante que os profissionais sejam preparados para este fim, o que resultaria no aumento do número de doação de órgãos através da conscientização da população. Portanto, a educação nesta direção para o processo de doação/transplante é de relevante significância.

A partir de agora as discussões serão referentes à categoria elaborada sobre a temática central. Em primeira instância, a categoria inicialmente elaborada, trata-se da **Atuação profissional sem compreensão e acolhimento no momento familiar (SLB)**, destacando-se os seguintes artigos: LL02-LL03-LL04-WS01-WS02.

As questões relativas ao binômio doação-transplante por si só é extremamente complexo, iniciando com a identificação e manutenção dos potenciais doadores. Nesse processo é de suma importância permitir que o familiar acompanhe todos os trâmites realizados ao ente querido, no intuito de esclarecer todo o processo. De maneira geral, as

peessoas não têm a informação necessária para que se possa tomar a decisão consciente referente à doação de órgãos, o que pode resultar na negativa familiar. Neste processo, há sentido de preocupação na conduta da família. Sendo assim, ela merece atuação e cuidado especial, no que tange à orientação adequada frente ao procedimento exigido. Para tanto, faz-se mister refletir sobre a possibilidade do familiar ter um fácil acesso à UTI, assim como acompanhar todos os exames realizados ao paciente até o momento, e ter esclarecimentos referentes a todos os procedimentos que o paciente será submetido. Esse contato e essa comunicação aberta, democrática e dialógica facilitam um melhor entrosamento entre o profissional/familiar. Nessa oportunidade, o profissional deve oferecer um suporte emocional ao familiar, diante as incertezas em que se encontra, priorizando não só a obtenção dos órgãos, mas, uma assistência humanizada tanto para o familiar quanto ao paciente. Então, os familiares necessitam do envolvimento profissional durante o período de internação. Assim, podemos constatar esses dados nos recortes seguintes, afirmando que:

... na perspectiva de alguns, a falta de atenção à família desestimula o processo de doação... (LL03)

... as Famílias que não permitem a doação referem-se a uma abordagem precoce e sem envolvimento...(LL04);

Desta forma, vale ressaltar que a abordagem para doação de órgãos deve respeitar o momento da perda, de maneira sensível, esclarecedora, respeitosa e acompanhada de comunicação e linguagem clara para o familiar. É muito importante, também, oferecer conforto diante da morte e, ao mesmo tempo, tentar transformar esse desalento em um ato de solidariedade. Nesse intuito, o suporte emocional aliado à informação sobre o processo pode ser crucial para a atitude de doar (SIMINOFF, et al. 2001).

Uma questão a ser considerada neste contexto é que quando se levanta reflexões referentes à morte, morte encefálica e sobre o potencial doador de órgãos, é a forma em que o paciente deu entrada ao hospital. Ou seja, quando se trata de causas traumáticas e inesperadas o processo torna-se mais difícil. Então, torna-se necessário conduzir a assistência ao paciente respeitando suas condições atuais e prezando pelo conforto familiar que está vivendo um momento de muita angústia e incertezas.

No momento da internação, é de extrema importância que o profissional possa oferecer toda informação sobre o estado clínico do paciente, evitando que a falta de esclarecimento sobre a gravidade do quadro seja interpretada de forma incoerente com a

realidade do paciente. Um estudo desenvolvido no Canadá demonstrou, entre seus resultados, que as famílias necessitam de informação e suporte emocional na fase crítica de internação de seu familiar (PELLETIER, 1992).

O apoio deve ser oferecido ao familiar, independente da manifestação contrária à doação, pois o profissional deve se comportar todo tempo de forma ética e acolhedora, sensibilizando-se com a situação de sofrimento da família. Caso contrário, além do resultado acabar sendo negativo, o familiar cria uma imagem não desejada referente a assistência prestada ao paciente. Essa visão pode ser evidenciada de forma destrutiva. E, então, isso pode dificultar cada vez mais o relacionamento profissional/paciente/família. Portanto, o profissional tem que se comportar de forma imparcial; ou seja, prestar todos os cuidados necessários ao paciente e prestando, ainda, um tratamento humanizado ao familiar, independente da autorização familiar. Isso pode ser exemplificado no recorte a seguir:

... a narrativa da família a respeito da sensibilidade do profissional que atende seu filho, para experiência que estavam vivendo, expõe o papel fundamental de reconhecimento do sofrimento e acolhimento que deve ser realizado pela equipe de saúde... (LL04)

... a falta de sensibilidade da equipe é um fator que adiciona sofrimento, quando a família percebe que o único interesse do profissional que está cuidando do potencial doador é a doação de órgãos. O resultado para doação acaba sendo negativo... (WS02);

De acordo com Miranda e Cuende (2001), uma postura cordial e compreensiva do profissional que realizará a abordagem familiar torna-se indispensável para que as famílias se sintam confortáveis em tomar a decisão favorável. Antes de se iniciar a entrevista, é necessário certificar-se de que todos os familiares estão cientes da morte do paciente.

Nesse momento, é apropriado permitir que as pessoas expressem seus sentimentos, suas dúvidas, e que se sintam acolhidas pelo entrevistador, o qual não deve mostrar impaciência e interromper o que estão falando. Assim, além de aumentar as possibilidades de melhorar a qualidade de vida de muitas pessoas que aguardam pela vida, oferecem aos familiares um tratamento respeitoso, de tal forma como o ser humano merece ser tratado.

Os resultados do nosso trabalho apontam que o descaso aliado ao processo burocrático neste sentido, acaba por dificultar o processo:

... o descaso, a demora no processo de retirada dos órgãos provoca sofrimento. Torna-se, então, muito complicado doar... (LL03);

De acordo com BOUSSO (2008), a influência positiva não é aquela que leva a família a autorizar a doação, mas sim, a que conduz a família a uma trajetória de recuperação do sofrimento, seja ela autorizando, ou não, a doação de órgãos. E em vez de oferecer somente a possibilidade de doação e depois abandonar a família, pode-se extrair o seu melhor e estimular à superação do caos.

Diante do exposto no decorrer da discussão dessa situação limite, referente à necessidade de compreensão e acolhimento ao familiar, faz-se mister o convite para uma breve reflexão em torno das palavras que construíram essa discussão. Em linhas gerais, pode-se compreender a importância de oferecer suporte emocional aos familiares. Por outro lado, é de grande relevância voltar à atenção ao profissional envolvido no processo de doação, ao qual foram apontadas inúmeras sugestões para melhor atender o familiar. E neste momento, torna-se coerente refletir sobre como é o seu preparo emocional para a temática em foco.

Portanto, a abordagem para doação de órgãos é uma fase delicada e requer também preparo emocional do profissional de saúde, levando em consideração a individualidade de cada família diante da notícia da morte do ente querido.

Pode-se dizer então que, para que esse processo ocorra com qualidade, o profissional precisa encontrar um ponto de equilíbrio para lidar com conflitos pessoais que a confrontação com a morte do outro lhe impõe. O que nos leva a questionar como estão sendo preparados esses profissionais para atuarem com tais questões emocionais. Através das palavras de Santos e Massarollo (2005), pode-se dizer que não há preparo prévio, o pesquisador relata que a temática é incipiente durante a graduação. E o coordenador de transplante aprende sobre o processo através da observação da atuação de colegas e dos relatos apresentados ao longo de vivências, neste sentido. Porém, sabe-se da importância da formação educativa neste processo.

Estudos realizados com enfermeiros identificam vários conflitos frente ao processo de captação de órgãos, o que evidencia a complexidade de atuar nessa área; ao envolver-se na abordagem para doação depara-se com o sofrimento provocado por uma perda, e ao solicitar a doação, experimenta um conflito interno manifestado pelo embate entre desejo de respeitar a dor da família e a necessidade de solicitar a doação (LIMA, 2009).

De acordo com as palavras de Pearson et al. (1995), os profissionais envolvidos no cuidado de cada paciente e suas famílias também podem sentir desconfortos, medos, e distanciarem-se do processo de doação para não sofrerem com essas experiências. Não é o intuito tirar a responsabilidade do profissional de acolher, oferecer suporte emocional, esclarecer dúvidas referentes ao processo. Mas sim, atentar para um olhar crítico sobre o

preparo desses profissionais. Diante dos relatos, torna-se possível compreender a falta de entendimento e acolhimento durante o processo de internação do paciente, os próprios profissionais precisam ser compreendidos e acolhidos. E assim, urge-se de sugerir intensas investigações juntos aos graduandos, no intuito de construir estratégias educativas visualizando o aumento no número de doação. Essa construção precisa ser realizada frente à historicidade de cada um deles.

Para finalizar, neste momento as discussões serão referentes à categoria: **Falta de informação pelo profissional (SLC)**, destacando-se os seguintes artigos: LL02-LL04-WS02. Essa categoria dá origem a duas subcategorias, as quais serão descritas no decorrer da discussão.

Para melhor discutir esta categoria, faz-se necessário caminhar por questões que envolvem a comunicação, a qual pode ser definida como uma troca de mensagens que exerce influências no comportamento das pessoas envolvidas nesse processo e, é através dessa habilidade que o homem se relaciona e apresenta os seus conhecimentos para o mundo (STEFANELLI, 1993). Assim, existem dois meios de passar essas mensagens: o verbal e não-verbal.

A comunicação verbal possibilita atribuir o significado das coisas que não são ditas explicitamente, enriquecendo a compreensão da realidade. O conhecimento dos mecanismos de comunicação facilita o desempenho das funções dos profissionais da saúde, bem como, melhora o relacionamento entre os sujeitos envolvidos na assistência à saúde (DOBRO et al., 1998).

Conforme pode ser observado no recorte a seguir, a habilidade de comunicação é muito importante no processo de doação de órgãos, facilitando assim a compreensão dos familiares referente ao estado de saúde do paciente, através da explicação de exames clínicos e laboratoriais, aproximação da temática morte encefálica e principalmente no momento da abordagem familiar para doação de órgãos - através da comunicação clara e acolhedora, a probabilidade do resultado poder ser favorável, torna-se maior.

... os significados e respostas vão surgindo através da comunicação entre os familiares e profissionais...(LL04);

Diante do exposto, vale ressaltar que, a Resolução CNE/CES Nº 3, de 07 de Novembro de 2001, p. 37, coloca a comunicação como uma das habilidades do Profissional Enfermeiro:

... os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confiabilidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público geral...

Em complemento, na Resolução COFEN-240/2000 no art. 26, essa relata claramente, cabe ao profissional prestar adequadas informações ao cliente e família a respeito da assistência de Enfermagem, possíveis benefícios, riscos e consequências que possam ocorrer.

Em acréscimo ao parágrafo anterior, cita-se a Resolução do COFEN 292/2004, que proclama a necessidade de permanência do doador em UTI, até a retirada dos Órgãos, incumbindo ao enfermeiro planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de Enfermagem prestados aos doadores de órgãos e tecidos.

Tais palavras, remetem reflexões que vão ao encontro dessa resolução. Dentre os profissionais que atuam na equipe intra-hospitalar, o enfermeiro é o que permanece junto ao paciente por um período maior de tempo. Assim, pode-se dizer que, esse fato, aliado à comunicação que é considerada umas das habilidades do enfermeiro, ressalta a relevância desse profissional na abordagem familiar. De acordo com essas palavras McGough e Chopek (1990) dizem que o profissional enfermeiro seria a pessoa recomendada para tal função.

Em contradição, o estudo de Rodrigo e Sato (2002) demonstra que, segundo a maioria dos entrevistados, o médico é quem deve realizar tal abordagem.

Por outro lado, estudos mostram que é extremamente necessário, que sejam pessoas treinadas para realizar essa tarefa (BEASLEY, 1999). Ou seja, não há exigência de um profissional específico para realizar a função de abordar a família para doação de órgãos (DIAMOND, et al. 1987).

De acordo com o estudo de Rech e Filho (2007), a abordagem pode ser feita por um médico, psicólogo, assistente social ou enfermeiro entre outros da equipe e que tenha preparo para essa função. O importante nesse empasse não é qual o profissional mais adequado, mas sim, aquele que tem habilidade de comunicação para informar aos familiares sobre as questões que envolvem o processo, doação/transplante, incluindo o esclarecimento sobre o quadro clínico do paciente. Essa inquietação familiar pode ser observada abaixo:

... há necessidade de melhorar as informações prestadas aos familiares... (LL02);

... a informação sobre o estado do paciente nem sempre é dada, fazendo com que a falta de esclarecimento sobre a gravidade do quadro seja motivo para acreditar na sua recuperação, quando, na verdade, a situação é bastante grave... (WS02);

Agora, passaremos à reflexão sobre a subcategoria: **Falta de informação pelo profissional à família referente à possível Morte Encefálica (SLC01)**. Essa contém relatos dos seguintes artigos: LL01-LL03-WS01-WS02. Por exemplo:

... a família fica chocada ao receber a informação do diagnóstico de morte encefálica quando não há esclarecimento prévio sobre a possibilidade de ocorrência... (LL01);

Como já fora discutido anteriormente, o critério e o fator determinativo de morte são questões extremamente polêmicas (SANTOS; BUENO, 2010). Advém da evolução tecnológica e cultural da sociedade, caracterizado pelo problema crucial do diagnóstico seguro de morte e da interrupção total do tratamento de sustentação da vida residual ou artificial, sendo essencial para os procedimentos de retirada de órgãos vitais (SANTOS, 2009).

O momento de morte determina o fim da personalidade e a impossibilidade de relação com o mundo e com o homem. Mas se sabe que os suportes de vida podem manter a vida técnica e artificialmente por algum tempo, garantindo estado nutricional dos órgãos e tecidos, favorecendo as condições de transplantes. Há que se considerar ser de grande importância, após a constatação da morte encefálica, o período exato de tempo que deve ser esperado para a remoção do tecido ou órgão a ser transplantado.

Neste sentido a Família é o elemento principal para que ocorra, com sucesso, o processo de doação. Deste modo, ela deve receber todas as informações necessárias antes e depois do diagnóstico de morte encefálica. Esse diagnóstico é avaliado como uma das fontes de maior estresse e com maior frequência, seja pela falta de esclarecimento necessário sobre o estado do paciente, ou até por sentir dúvidas e incertezas quanto ao seu diagnóstico (CINQUE; BIANCHI, 2010). Isto posto, esse fato acaba se tornando um dos grandes fatores que dificulta a decisão favorável da doação de órgãos, conforme pode observar no recorte abaixo:

... acrescenta-se ao sofrimento e à revolta da família as dúvidas a respeito do que é morte encefálica e o que acontece posteriormente... Insegurança em doar os órgãos da pessoa viva... (LL03);

Antes de qualquer tentativa de abordagem familiar é importante que se esclareça sobre todo o processo de doação, incluindo o diagnóstico de morte encefálica, procurando entender que esse tipo de morte não é simples intercorrência. Por vez, quando a família observa que todos os recursos foram utilizados, aliados à possibilidade de acompanhar todos os exames para tal diagnóstico, isso gera segurança e confiança na atuação profissional.

... a família não é informada do início dos procedimentos de confirmação de morte encefálica e a notícia só é dada depois que o diagnóstico é constatado. A falta de esclarecimento gera angústia, dor e desespero... (WS02)

O fato é que, lidar com a morte gera desconforto, torna-se mais complexo ainda quando se refere à morte encefálica; o coração continua batendo e a temperatura corpórea mantem-se nos padrões de normalidade, o que leva os familiares a crerem na reversão do quadro e, assim, manifestarem dúvidas sobre a condição de morte.

Em muitos casos de morte encefálica os familiares são surpreendidos com a trágica notícia que na maioria das vezes ocorre de forma súbita. Muitos desses pacientes são jovens e apresentam longa vida pela frente, o que dificulta a aceitação e compreensão do quadro (EVANS, 1995).

Diagnosticar e manter o paciente com possível morte encefálica em condições adequadas não é tarefa fácil. É preciso monitorização permanente na UTI, com o objetivo de identificar pacientes com provável evolução para morte encefálica (RECH; FILHO, 2007).

A dificuldade de lidar com essa situação não ocorre somente entre os familiares. Senão afeta também os profissionais de saúde (SILVA; SILVA, 2007). O que dificulta a identificação de potenciais doadores e o diálogo com os familiares - comprometendo todo o processo. Diante do exposto, Santos e Bueno (2010) alertam para a necessidade de um preparo acadêmico, em relação à temática morte.

... as dúvidas a respeito do diagnóstico de morte encefálica podem manter a família em situação de conflito. Dificultando a tomada da decisão e a convivência com a decisão de ter doado... (LL03);

... a ausência de confirmação do diagnóstico de morte encefálica e o desencontro das informações transmitidas à família, pela equipe do hospital, gera dúvida sobre o quadro paciente e é motivo para recusar a doação... (WS01);

Passaremos neste momento à reflexão sobre a subcategoria: **Falta de informação pelo profissional à família referente aos trâmites pós doação (SLC02)**, que contém informações do seguinte artigo: LL01.

O processo ou o cuidado com o paciente não termina com a autorização para captação de órgãos. O tratamento com o corpo do doador merece profunda consideração, já que esse deve ser manipulado com respeito e dignidade.

A burocracia que gira em torno do processo doação/transplante é considerada um nó crítico no Sistema Nacional de Transplante, pelo fato de reduzir o número de transplantes realizados. A demora para a retirada dos órgãos e a preocupação com a mutilação do corpo causam sofrimento e incômodo aos parentes. Esse atraso na liberação do corpo é relatado como um ponto negativo no processo (RODRIGUES; SATO, 2003; ROZA, 2005; SCHEIN, et al. 2008). Achados que vão ao encontro do recorte abaixo:

... o longo tempo, os trâmites e as informações contraditórias no processo de liberação do corpo pelo IML causam transtornos e incomodam os familiares... (LL01);

Além disto, vários fatores são colocados como capazes de dificultar o processo familiar de doação, como complicações com o funeral; diante da burocracia, a apropriação do corpo torna-se sem previsão, o que altera consideravelmente os hábitos e rituais religiosos de celebração à despedida do familiar, desrespeitando seus costumes e cultura (SIMINOFF; BURANT; YOUNGNER, 2004).

Frente à morte, o ser humano que responde pelo paciente sente-se limitado, o que lhe causa dificuldade de agir e de ser racional. Por isso, os familiares devem ser devidamente informados sobre todos os procedimentos antes e depois da autorização para doação. Isto possibilita evitar qualquer desconfiança sobre a atuação profissional, sobre o destino dos órgãos e referente à integridade do corpo do seu ente querido. Esse relato está expresso abaixo:

... as informações sobre como proceder, aonde ir e o tempo para liberação do corpo são imprecisas...

Diante todo o processo de doação e transplante por qual passa o paciente e os familiares, bem como a atuação dos profissionais neste impasse, é extremamente complexo. Assim, o conflito que gera na família é extremamente normal até que tudo possa ser

esclarecido, afetando certamente os níveis de saúde mental de todos aqueles que se envolvem com essa situação. Enquanto isso não ocorre, vai surgir desconforto, insegurança, desconfiança e depois, sentido de ambivalência quanto ao procedimento e a rapidez das decisões diante das circunstâncias emergenciais.

Pensando nisto, acreditamos na importância do desenvolvimento do processo educativo ao longo da vida, concernente ao pressuposto da doação e transplantes de órgãos e tecidos do ser humano. Isto posto, leva a refletir sobre a necessidade de serviços e profissionais sérios, éticos e comprometidos, equipe multidisciplinar competente e habilitada para liderar estas questões, resgatando a humanização, a cidadania, a qualidade do serviço e do cuidado/assistência, a solidariedade e a ética sobremaneira, tendo em vista, a segurança, o respeito e a responsabilidade tanto para o ser ali inerte, quanto para aquele que sobreviverá, através da doação do outro.

Enquanto este processo educativo se torna ainda incipiente, é preciso despertar, principalmente nos profissionais da saúde, a consciência para uma doação/transplante mais efetiva visando a melhoria desse processo envolvendo paciente, família e comunidade. O ocorrido é encontrado na literatura científica a que propusemos buscar no presente estudo, confirmando a ocorrência do despreparo dos profissionais para atuarem neste processo.

Neste sentido Freire (1987) nos alerta para uma educação libertadora, aberta e democrática, permitindo o direito do ser humano libertar-se da ignorância que só emperra a nossa promoção da saúde.

Ter consciência dos nossos direitos e deveres é uma questão de cidadania no processo democrático. Neste intento, refletir faz necessário num processo horizontal que permite dialogar com os pares para um processo político de democratização e de melhoria da qualidade de vida. Só assim conseguimos avançar para a conscientização pessoal e coletiva de todos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando:

- que o pressuposto maior do nosso estudo foi explorar, recolher, organizar, sintetizar e compartilhar a visão das famílias que tiveram a experiência de serem abordados para doação de órgãos, no que refere a atuação dos profissionais envolvidos neste processo, após o levantamento bibliográfico destinado para esse fim, seguido por filtragem sistemática dos resultados, finalmente, encontramos seis artigos referentes às pesquisas realizadas no território brasileiro e que responderam a nossa questão norteadora, durante o período de 2001 a 2011, publicações essas, ocorridas em periódicos distintos.

- a complexidade de ações que são necessárias no processo de doação de órgãos, ocorre em detrimento aos aspectos burocráticos, a demora, o desgaste e o cansaço, o que resulta em sofrimento, submetendo tanto a família quanto os profissionais em situações estressantes.

- que na busca incessante dos textos sobre o tema central, no final da análise dos resultados, identificamos três pontos que nos chamaram à atenção que são referentes à **falta de confiança na atuação profissional; atuação profissional sem compreensão e acolhimento no momento familiar e falta de informação pelo profissional à família**, tendo essa última categoria dois desdobramentos que dizem respeito à **falta de informação referente à morte encefálica e sobre os trâmites necessários após a autorização para doação de órgãos**.

- que em relação à falta de confiança da família frente a atuação do profissional, detectado nos artigos encontrados, é visível na literatura a menção de que há necessidade de se desenvolver um atendimento adequado, humano e de ser visto somente como possibilidade de salvar a vida de outro através da morte do ente querido, suscitando do profissional aproximação junto à família, demonstrando sua verdadeira intenção, diminuindo ou sanando a desconfiança do familiar referente à sua conduta, devendo revelar a ética profissional neste sentido.

- que até o momento da abordagem familiar são realizados procedimentos que precisam ser bem explicados aos familiares, cabe então, ao profissional da equipe, informar e deixar claro que foi feito o possível e o melhor para salvar o paciente, pois que esse profissional tem que ter conhecimento suficiente para responder as inquietações da família, a

fim de aumentar a credibilidade dos familiares sobre sua atuação; valendo ressaltar que, a população brasileira é envolvida por uma cultura negativa sobre doação de órgãos, hoje em menor escala, mas, que ainda acredita-se na suposta indução da morte para benefício próprio da equipe, acreditando na existência de tráfico de órgãos, por influência da mídia, na divulgação desta notícia. Isto justifica a importância de ações educativas, para reverter esse quadro.

- que há falta de compreensão e acolhimento pelo profissional neste processo, em relação à família, depreende-se haver necessidade de um entrosamento maior entre família/profissional/paciente, o que é possível através de um processo democrático com a família na UTI, informando o estado geral do paciente, oferecendo a ela, atenção, ouvindo seus anseios, ofertando suporte emocional diante seus conflitos frente à perda do paciente. Neste sentido, o profissional enfermeiro tem perfil e habilidades que possibilitam contribuição de forma impactante, nessa fase de acolhimento e compreensão.

- que no momento da abordagem, a família precisa compreender o profissional como alguém que vai auxiliá-lo e não interpretá-lo, como um caçador de órgãos, pois, mister se faz entendê-lo como agente da saúde que quer melhorar a qualidade de vida dos pacientes que aguardam pela vida, sendo indispensável que as famílias o considere como um cuidador respeitoso que os conduz à trajetória de recuperação do sofrimento frente à perda.

- que em diversos momentos deste estudo, ficou visível a necessidade que os familiares têm de receberem informações sobre o processo, então torna-se claro que a comunicação é extremamente importante para doação de órgãos, e na orientação o estado clínico do paciente, de exames e aproximação da temática.

- a falta de informação e dúvidas sobre a morte encefálica geram uma série de conflitos, pois representa uma das fontes de maior estresse, já que a morte natural desencadeia desconforto, e muito mais grave é a morte encefálica, que se trata de circunstâncias como o coração batendo, temperatura continua dentro dos padrões de normalidade, contudo com a morte encefálica já constatada.

- que doar os órgãos significa crer que não há mais possibilidade de reversão do quadro, momento em que se depara de forma consciente com a perda, com a aceitação da realidade, e mudar ou reconstruir a história, não é tarefa simples, fato que agrava a situação, quando essa doação rompe com as tradições culturais e históricas do funeral. A burocracia que envolve o processo de captação, reconstituição e liberação do corpo resulta então, em experiências negativas, principalmente quando as informações necessárias não foram realizadas ou foram incipientes pelos profissionais.

- as marcas deixadas pela mídia referente ao tráfico de órgãos e imprudências cometidas por profissionais da saúde, depreende-se, pois, tornar-se de extrema importância manter o familiar ciente sobre todos os procedimentos antes e depois da autorização para doação, evitando qualquer desconfiança sobre a atuação profissional, sobre o destino dos órgãos e referente à integridade do corpo do seu ente querido, assim como, a burocracia necessária que envolve o processo, a qual é necessária para que não ocorram situações que venham danificar a visão da população sobre a conduta ética do profissional.

Assim, diante do exposto, depreendemos que os achados da literatura que nortearam o presente estudo contribuíram consideravelmente para atingir o objetivo da pesquisa, revelando a incipiência da atuação profissional na doação para transplantes de órgãos e tecidos humanos, na visão da família. Fica, portanto, evidente que os pontos que dificultam o processo de doação de órgãos, possivelmente, são referentes à atuação profissional, fazendo-se mister levantar maiores reflexões sobre o preparo dos profissionais envolvidos neste processo. Lidar com a morte e morte encefálica, bem como a doação e o transplante representam algo difícil tanto para a família quanto para o profissional envolvido, demandando de cuidados específicos com a saúde mental dele. Então, a equipe de saúde suscita de preparo educativo para lidar com estas questões, de forma humanista e humanitária, solidária, ética e cidadã.

7. REFERÊNCIAS

---

7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M; MUÑOZ, D.R; Doação e Transplantes de Órgãos e Tecidos. In: SEGRE, M; COHEN, C; (Orgs). **Bioética**, São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 1995.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos**. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/profissionais/biblioteca/pdf/livro.pdf>>: acesso em: 18 de set. 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Registro Brasileiro de Transplante**. Disponível em: <http://www.abto.org.br>. Acesso em: 10 ago. 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Registro Brasileiro de Transplante**. Disponível em: <http://www.abto.org.br>. Acesso em: 15 set. 2011.

AZEVEDO, T. **Ciclo da vida**: ritos e ritmos. São Paulo, Editora Ática S.A, 1990. 81p.

BARROSO, J; GOLLOP, C.J; SANDELOWSKI, M; MEYNELL; PEARCE, P.F; COLLINS, L.J; The Challenges of Searching for and retrieving qualitative studies. **West J Nurs Res**. v.25, n.2, p. 153-78, 2003.

BEASLEY, C. Maximizing donation. **Transplantation Rev**. v. 13, p. 31-39, 1999.

BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**. Tradução de Centro Bíblico Católico. 112. ed. São Paulo: Ave Maria, 1997. Eclesiastes 3:1-8.

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

BRASIL. Decreto n. 879 de 22 de julho de 1993. Regulamenta a Lei nº 8.489, de 18 de novembro de 1992, que dispõe sobre a retirada e o transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos, científicos e humanitários. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 de ago. 1993. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/113191/decreto-879-93>>: acesso em: 27 de out. 2011.

_____. Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 jul.1997. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>. acesso em: 15 abr. 2007.

BRASIL. Lei n. 10.211 de 23 de março de 2001. Disposição sobre a Remoção de Órgãos. Tecidos de Partes do Corpo Humano para fins de transplantes e tratamentos: Atribuição ao Ministério da Saúde a definição de normas regulamentares quanto à triagem de doadores com relação à transmissão de doenças. Brasília. DF. 2004. Disponível em: www.saude.gov.br: acesso em 15 abr. 2010.

_____. Lei n. 8.489, de 18 de novembro de 1992 (Revogada pela Lei n. 9.434 de 4 de fevereiro de 1997). Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências. Brasília. DF. 1992. Disponível em: < http://www.dji.com.br/leis_ordinarias/1997-009434-lt/8489-92.htm>: acesso em: 27 de out. 2011.

_____. Lei n. 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: Atribuição ao Ministério da Saúde a definição de normas regulamentares quanto à triagem de doadores com relação à transmissão de doenças. Brasília. DF. 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9434.htm: acesso em 15 abr. 2007.

_____. Lei n.5.479 de 10 de agosto de 1968 (Revogada pela Lei n. 8.489, de 18 de novembro de 1992). Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, e dá outras providências. Brasília. DF. 1968. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1968/5479.htm>: acesso em 27 de out. 2011.

_____. Portaria GM/MS nº 905, de 16 de agosto de 2000. Dispõe da criação da Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para transplantes (CIHDOTT's). Brasília, DF. 2000. Disponível em: < www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/...de.../portaria_905B.pdf>: acesso em 27 de out. 2011.

_____. Resolução CFM n. 1.480 de 8 de agosto de 1997. Dispõe de critérios para a caracterização de morte encefálica. Brasília. DF. 1997. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm>. Acesso em 10 maio de 2009.

_____. Resolução CNE/CES n. 3, de 07 de novembro de 2001. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 09 de novembro de 2001. Seção I, p. 37.

_____. Resolução Cofen n. 240 de 24 de outubro de 2000. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. Rio de Janeiro, RJ. 2000. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/>. Acesso em 15 de jun de 2009.

BRASIL. Resolução Cofen n. 292 de 07 de junho de 2004. Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos. Rio de Janeiro, RJ. 2004. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/>>. Acesso em 15 de jun de 2009.

BRYCE, C.L. et al. Do incentives matter?: providing benefits to families of organ donors. **Am. J. Transplant.** v.5, n.12, p. 2999-3008, dec 2005.

BUENO, S.M.V. **Educação preventiva em sexualidade, DST, AIDS, drogas e violência.** 2001. 263p. Tese (Livre-docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

CANCIAN, N. Jovem que doaria medula morre após implante de cateter. **Folha.com.** São Paulo, 06 de julho de 2011. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/939837-jovem-que-doaria-medula-morre-apos-implante-de-cateter.shtml>. Acesso em 25 out. 2011.

CANTAROVICH, F. Public opinion and organ donation suggestions for overcoming barriers. **Ann Transplant.** v. 10, p. 22-5, 2005.

CARVALHO, A. et al. A morte e o morrer no cotidiano de estudantes de enfermagem. **R Enferm UERJ.** v. 14, n. 4. p. 551-57, 2006.

CARVALHO, S.R; Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção da saúde. **Cad Saúde Pública.** v. 20, n. 04, p.1088-95, 2004.

CASTRO, A.A; SACONATO, H, GUIDEEGLEK, F; CLARK, O.A,C; Curso de revisão sistemática e metassíntese. São Paulo: LED-DIS/UNIFESP. 2002 [citado 20 maio 2011]. Disponível em: <http://www.virtual.epm.br/curso/metanálise>.

CICOLO, E.A; ROZA, B.A; SCHIRMER, J. Doação e transplante de órgãos: produção científica da enfermagem brasileira. **Rev Bras Enferm,** Brasília, v.63, n.2, p. 274-8, mar-abr 2010.

CINQUE, V.M; BIANCHI, E.R.F. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. **Rev Esc Enf.** São Paulo, v.44, n.4, p. 996-1002, 2010.

COELHO, J.C.U. et al. Opinião e conhecimento da população da cidade de Curitiba sobre doação e transplantes de órgãos. **Rev Assoc Méd Bras.** v. 53, n. 5, p. 421-5, 2007.

COELHO, J.C.U.; MATIAS, J.E.F.; GODOY, J.L. Atualidades e perspectivas dos transplantes de órgãos. In URBAN, C.A. **Bioética Clínica.** Rio de Janeiro: Revinter, 2003, p. 449 – 58.

COOK, DJ; MULROW, CD; HAYNES, B. Systematic reviews: syntheses of best evidence for clinical decisions. *An Int Med*, English, v. 126, n. 5, p. 376-80, 1997.

CORRÊA, A K.; SALES, C A SOARES, L. A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do enfermeiro. **Acta Scientiarum**. v.24, n.3, p. 811 – 818, 2002.

COSTA, J.C.; LIMA, R.A.G. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, abr. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 out. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200004>.

DIAMOND, A.G. et al. Obtaining consent for eye donation. **Am J Ophthalmol** v. 103, p. 198-203, 1987.

DOBRO, E. R. H. et al. A percepção da realidade associada a uma situação hospitalar e a sua influência na comunicação interpessoal. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.32, n.3, p. 255-261, 1998.

EMED, L.S.; EMED, L.G.M. Aspectos éticos da doação de órgãos. In: URBAN, C.A. (Org). **Bioética Clínica**. Rio de Janeiro: Reverter, 2003. p. 479-85

EVANS, D. Brain death: the Family in crisis. **Intensive Crit Care Nurs**. v. 11, p. 318-32, 1995.

FERNANDEZ, J.G; 10 Palavras-chave em Bioética. São Paulo, **Paulinas**, 2000, p. 282-83.

FLEMMING, K. BRIGGS, M. Eletronic searching to locate qualitative research: evaluation of three strategies. *J Adv Nurs*, Heslington, v.57,n.1,p.95-100, jan 2007

FLOR. P.E.A. Transplantes: uma leitura constitucional. In: SPAREMBERGER, R.F.L.; AUGUSTIM, S. **Direito Ambiental e Bioética**. Caxias do Sul – RS: EDUCS, 2004. p. 157-69.

FREIRE, P. Educação como prática da liberdade. 22^a ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1996.

_____. P. **Pedagogia da Esperança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

FREITAS, K.S. KIMURA, M. KARINE, A S.L.F. Necessidades de familiares de pacientes em unidades de terapia intensiva: Análise comparativa entre hospital público e privado. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v 15. n.1, p. 67-73, Jun 2007.

GABRIELLI, J.M.W. **Formação do enfermeiro: buracos negros e pontos de luz**. 2004. 182p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GADOTTI, M. A voz do biógrafo brasileiro: a prática à cultura do sonho. In GADOTTI, M. **Paulo Freire uma Biobibliografia**. 3ª ed. Brasília, DF: UNESCO, 2001.

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; TREVIZAN, M.A. Revisão Sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-56, mai-jun. 2004.

GREENHALGH, T; Papers that summarese other papers: systematic reviews and meta-analyses. *BMJ*. v. 315, p. 672-5, 2003.

GUIDO, L.A; LINCH, G.F.C; ANDOLHE, R; CONEGATTO, C.C; TONINI, C.C. Stressors in the nursing care delivered to potential organ donors. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.6, p.1023-9, nov-dez 2009.

JB.I. Reviewers' manual. Adelaide/Austrália: The Joanna Briggs. Istitute. 2008 [citado em 15 abr 2011] Disponível em: http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/JBIRReviewManual_CiP11449.pdf.

KIUCHI, T. TANAKA, K. Liver transplantation from living donos: current status in japan and safty/long-term results in the donor. **Transplant Proc**. v. 35, n.11, p. 72-3, 2003.

KYES, J.J.; HOFLING, C.K. **Conceitos básicos em enfermagem psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Editora Interamericana, 1985.

LEICHTENTRITT, R.D.; RETTIG, K.D. Family beliefs about end-of-life decisions: na interpersonal perspective. **Death Stud**. v. 26, n. 7, p. 567-94, sep, 2002.

LIMA, A.A.F.; SILVA, M.J.P.; PEREIRA, L.L. Sofrimento e contradição: o significado da morte e do morrer para os enfermeiros que trabalham no processo de doação de órgãos para transplantes. *Rev. Enfer Global*, v. 15, fev.2009. Disponível em: www.um.es/eglobal/. Acesso em: 10 de out. 2011.

LOPES, A.L.M. FRACOLLI, L.A; **Processos de Educação em Saúde na Cessação do Tabagismo: Revisão Sistemática e Metassíntese.** (dissertação) São Paulo – SP: Escola de Enfermagem da USP, 2008.

LOTTENBERG, C. Os avanços no transplante de córnea. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 29 março. 2007. Painel do Leitor. Caderno A3.

MALERBO, M.B. A aprendizagem da busca bibliográfica pelo estudante de graduação em enfermagem. 2011. 133f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

MARANHÃO, J.L.S. **O que é morte.** São Paulo, Editora Brasiliense S.A, 1986. 75p.

MARINHO, A.; CARDOSO, S.S.; ALMEIDA, V.V. Disparidades nas filas para transplantes de órgãos nos estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p.786-796, abr 2010.

MARTINS, O.F. Legislação Brasileira sobre transplantes. In URBAN, C.A. **Bioética Clínica.** Rio de Janeiro: Revinter, 2003, p. 474-8.

MCGOUGH, E.A.; CHOPEK, M.W. The Physician's role as asker in obtaining organ donations. **Transplant Proc.** v. 22, p. 267-72, 1990.

MINAHIM, M.A. **Direito Penal e Biotecnologia.** São Paulo, Editora Revista dos tribunais, 2005, p.343.

MINAYO, M.C.S; **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde, 11. Ed.; São Paulo. Editora Hucitec; 2008.

MIRANDA, B. C.; CUENDE, N. The Spanish organizational structure for organ donation. **Transplantation Rev.** v. 15, p. 15-33, 2001.

MORAES, E.L; MASSAROLLO, M.C.K.B. Family refusal to donate organs and tissue for transplantation. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.16, n.3, p.458-64, maio-jun 2008.

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**, v. 22, n.2, p.131-5, 2009.

OLIVEIRA, M.D; As trajetórias dos autores e suas obras. In: Freire, P; Pichon-Rivière, E; **O processo educativo segundo Paulo Freire e Pichon-Rivière.** Petrópolis: Vozes; 1991.p. 33.

ORTEGA, C.D. **Informática documentária: estado da arte**. 2002. 259f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

PACKER, A. L; TARDELLI, A. O; CASTRO, R. C. F. A distribuição do conhecimento científico público em informação, comunicação e informática em saúde indexado nas bases de dados MEDLINE e LILACS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, jun. 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300009&lng=pt&nrm=iso. acessos em 20 nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000300009>.

PASSARINHO, L.E.V.; GONÇALVES, M.P.; GARRAFA, V. Estudos bióéticos dos transplantes renais com doadores vivos não-parentes no Brasil: a ineficácia da legislação no impedimento do comércio de órgãos. **Rev Assoc Med Bras**. v. 49, n. 4, p. 382-8, 2003.

PEARSON, I.Y. et al. A survey of families of brain dead patients: their experience, attitudes to organ donation and transplantation. **Anaesth Intens Care**. v. 23, p. 88-95, 1995.

PELLETIER, M. The organ donor Family members' perception of stressful situations during the organ donation experience. **J Adv Nurs**. v. 17, n.1, p. 90-7, 1992.

PEREIRA, A.L.F; As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad Saúde Pública**. V.19, n. 05, p.1527-34, 2003.

PICHONELLI, M. Doações de Órgãos caem no país pela 2º ano. **Folha de S. Paulo**. São Paulo, 8 mai. 2007. Cotidiano, p. C4.

POPE, C; MAYS, N; Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde. 3 ed. Porto Alegre. Artmed, 2009.

QUINTANA, A.M.; CECIM, O.S.; HENN, C.G. O preparo para lidar com a morte na formação do profissional de medicina. **Rev Educ Méd**. v26, n.3, p. 204-10, 2002.

RAIA, S. Perspectiva para o transplante de órgãos. **Folha de S. Paulo**. São Paulo, 3 abr. 2011. Opinião, p.A-3.

RECH, T.H.; FILHO, E.M.R. Entrevista Familiar e Consentimento. **Rev Bras Ter Int**. v. 19, n.1, p. 85-9, 2007.

ROCHA, M. Aumenta o Número de Transplante no Brasil. **NTV News**, Patos de Minas, 04 de agosto de 2010. Disponível em: <http://www.ntvnet.com.br/noticias/?n=2135&i=54>.

RODRIGUES. A.M.; SATO, E. Entendimento dos médicos intensivistas sobre o processo de doação de córneas. **Arq Bras Oftalmol.** v. 65. P. 29-32, 2003.

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

ROZA, B.A.; GARCIA, B.D.; BARBOSA.; S.F.F.B.; MENDES, K.D.S.; SCHIRMER, J. Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade. **Acta Paul Enferm.** v. 23, n. 3, p. 417-22, 2010.

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

SANDELOWISK, M; BARROSO, J; Qualitative metassummary method. Sandbar Digital Library Project. Chapel Hill (USA): University of north Carolina at Cahpel Hill Scool of Nursin; 2004 [citado 25 jun. 2011]. Disponível em: <http://sonweb.unc.edu/sandbar/index.cfm?fuseaction=about#>.

SANTOS, J. L. **Revisão documental da literatura científica sobre educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem.** 2009. 63p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

SANTOS, J. L.; BUENO, S.M.V. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. **Rev Esc Enf. USP.** v. 45, n. 1, p. 272-6, 2011.

SANTOS, M.J.; MASSAROLLO. M.C.K.B. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 382-7, 2005.

SCHEIN, A. E.; CARVALHO, P. R. A.; ROCHA, T. S.; GUEDES, R. R.; MOSCHETTI, L.; SALVIA, J. C.; SALVIA, P.C. Avaliação do conhecimento de Intensivista sobre morte encefálica. **Rev Bras Ter Int.** v. 20, n. 2, p. 144-48, abr/jun. 2008.

SILVA, A.M; SILVA, M.J.P; A preparação do graduando de Enfermagem para abordar o tema morte e doação de órgãos. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro. v. 15, n.4, p. 549-54, 2007.

SIMINOFF, L.; BURANT, C.; YOUNGNER, S. J. Death and organ procurement: public beliefs and attitudes. **Ken Inst Eth Jour.** v. 14, n. 3, p. 217-234, 2004.

SIMINOFF, L.; MERCER, M.B.; GRAHAM G, Burant C. The reasons families donate organs for transplantation: implications for policy and practice. **J Trauma**. v.62, n.4, p. 969-78, 2001.

SOARES, C.B; SALUM, M.J.L; A instrumentalização da inteligência popular e a intervenção em saúde coletiva documento pedagógico para os alunos da disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva: fundamentação e prática. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com paciente teoria e ensino**. São Paulo: Robe editorial, 1993.

STEIN, A.; HOPE, T.; BAUM, J.D. Organ transplantation: approaching the donor's Family. **BMJ**. v. 13, p. 1149-50, 1995.

STOTZ, E.N; ARAÚJO, J.W.G; Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso [editorial]. **Saúde Soc**. v. 13, n. 3, p. 5-19, 2004.

TRAIBER, C; LOPES, M.H.I; Educação para doação de órgãos. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS. v.16, n.4, p. 178-82, out-dez 2006.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas. SIBI. Fontes de informação: tutoriais: São Paulo, 2001-2008. Disponível em: <http://www.sibi.usp.br/sibi/tutoriais/pps>. Acesso em: 15 jun. 2011.

VALOURA, L.C; **Paulo Freire o educador brasileiro autor do termo Empoderamento em seu sentido transformador**. Programa Comunicarte de Residência Social [texto na internet]. Rio de Janeiro: fator Brasis; 2005/2006 [citado 2010, mar. 2]. Disponível em: <http://www.fatorbrasis.org/arquivos/PauloFreire>

VARGA, A. C. **Problemas de Bioética. São Leopoldo**. Ed. Unisinos, 1998, p. 191.

WALTER, B.M. Transplantes aumentam 44% em seis anos no Brasil. **Gazeta do Povo**, Curitiba, 22 maio 2008. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?tl=1&id=768514&tit=Transplantes-aumentam-44-em-seis-anos-no-Brasil>. Acesso em 30 ago. 2010.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

Res. CFM nº 1.480 08/08/1997

NOME: _____

PAI: _____

MÃE: _____

IDADE: _____ ANOS   _____ MESES   _____ DIAS   DATA DE NASCIMENTO
____/____/____

SEXO: M   F   RAÇA: A   B   N Registro Hospitalar: _____

A - CAUSA DO COMA

A.1 – Causa do Coma:

A.2 – Causas do coma que devem ser excluídas durante o exame

- a) Hipotermia ( ) SIM ( ) NÃO
- b) Uso de drogas depressoras do sistema nervoso central ( ) SIM ( ) NÃO

Se a resposta for sim a qualquer um dos itens, interrompe-se o protocolo

B. EXAME NEUROLÓGICO – Atenção verificar o intervalo mínimo exigível entre as avaliações clínicas constantes da tabela abaixo:

IDADE	INTERVALO
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

(Ao efetuar o exame, assinalar uma das duas opções SIM/NÃO obrigatoriamente, para todos os itens abaixo)

Elementos dos exame neurológico

Resultados

	1º exame	2º exame
Coma Aperceptivo	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO
Pupilas fixas arreativas	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO
Ausência de reflexo córneo palpebral	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO
Ausência de reflexo oculocefálicos	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO
Ausência de respostas às provas calóricas	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO
Ausência de reflexo de tosse	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO
Apnéia	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO

C. ASSINATURAS DOS EXAMES CLÍNICOS – (Os exames devem ser realizados por profissionais diferentes, que não poderão ser integrantes da equipe de remoção e transplante.

1. PRIMEIRO EXAME DATA: ____/____/____ HORA: _____ NOME DO MÉDICO: _____ _____ CRM: _____ FONE: _____ END.: _____ ASSINATURA: _____ _____	2. SEGUNDO EXAME DATA: ____/____/____ HORA: _____ NOME DO MÉDICO: _____ _____ CRM: _____ FONE: _____ END.: _____ ASSINATURA: _____ _____

D. EXAME COMPLEMENTAR – Indicar o exame realizado e anexar laudo com a identificação do médico responsável

1. Angiografia cerebral	2. Cintilografia Radiolotópica	3. Doppler Transcraniano	4. Monitorização da pressão intracraniana	5. Tomografia Computadorizada com xenônio
6. Tomografia por emissão de fóton único	7. E.E.G	8. Tomografia por emissão de pósitrons	9. Extinção Cerebral do Oxigênio	10. Outros (citar)

E. OBSERVAÇÕES:

I. Para o diagnóstico de morte encefálica, interessa exclusivamente a reatividade supraespinal. Consequentemente, este diagnóstico não é afastado através da presença de sinais de reatividade infraespinal (atividade reflexa medular), tais como: reflexos osteolondinosos (reflexos profundos), cutâneos-abdominais, cutâneo-plantar em flexão ou extensão, cremastérico superficial ou profundo, ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos flexores de retirada dos membros inferiores ou superiores, reflexo tônico cervical.

2. Prova Calórica

2.1 – Deve-se certificar que não há obstrução do canal auditivo por cerúmen ou qualquer outra condição que dificulte a correta realização do exame.

2.2 – Usar 50 ml de líquido (soro fisiológico, água, etc), em torno de 0°C em cada ouvido.

2.3 – Manter a cabeça elevada em 30 (trinta) graus durante a prova.

2.4 – Constatar a ausência de movimentos oculares.

3 – Teste da Apnéia

No doente em coma, o nível sensorial de estímulo para desencadear a respiração é alto, necessitando-se elevar a pCO₂ até 55mmHg, fenômeno que pode determinar um tempo de

vários minutos entre a desconexão do respirador e o aparecimento dos movimentos respiratórios, caso a região ponto-bulbar ainda esteja íntegra. A prova da apnéia é realizada de acordo com o seguinte protocolo:

- 3.1 – Manter o paciente no respirador com Fi O₂ a 100%, por 10 minutos.
- 3.2 – Desconectar o tubo do respirador.
- 3.3 – Instalar cateter traqueal de oxigênio com fluxo de 6 litros por minuto.
- 3.4 – Observar o surgimento de movimentos respiratórios por 10 minutos, ou até atingir pCO₂ = 55 mmHg.

4 – O exame clínico deve ser acompanhado de um exame complementar, que demonstre a ausência de circulação sanguínea intracraniana, atividade elétrica ou atividade metabólica cerebral. Observar o disposto abaixo (itens 5 a 6), com relação ao tipo de exame e faixa etária.

5 – Em pacientes com dois anos ou mais, fazer 1 exame complementar entre os abaixo mencionados:

- 5.1 – Atividade circulatória cerebral: angiografia, cintilografia radioisotópica, doppler transcraniano, monitorização da pressão intracraniana, tomografia computadorizada com xenônio, SPECT.
- 5.2 – Atividade elétrica: eletroencefalograma
- 5.3 – Atividade metabólica: PET, extração cerebral de oxigênio.

6 – Para pacientes abaixo de 02 anos:

- 6.1 – De 1 ano a 2 anos incompletos: o tipo de exame é facultativo. No caso de eletroencefalograma, são necessários 2 registros com intervalo mínimo de 12 horas.
- 6.3 – De 7 dias a 2 meses de idade (incompletos); dois eletroencefalogramas com intervalo de 48 horas.

7 – Uma vez constatada a morte encefálica, cópia deste termo de declaração deve obrigatoriamente ser enviada ao órgão controlador estadual (Lei 9.434, art. 13).

ANEXO B - JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research

Reviewer _____ Date _____
 Author _____ Year _____ Record Number _____

CRITERIA	YES	NO	UNCLEAR	NOT APPLICABLE
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	☐	☐	☐	☐
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	☐	☐	☐	☐
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	☐	☐	☐	☐
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	☐	☐	☐	☐
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	☐	☐	☐	☐
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	☐	☐	☐	☐
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	☐	☐	☐	☐
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	☐	☐	☐	☐
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	☐	☐	☐	☐
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	☐	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include   Exclude   Seek further info.
 Comments (Including reasons for exclusion)