UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIA HELENA POMPEU

Aspectos intervenientes na efetivação da doação do tecido ósseo durante o acolhimento e a
entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos

Ribeirão Preto

2018

MARIA HELENA POMPEU

Aspectos intervenientes na efetivação da doação do tecido ósseo durante o acolhimento e a entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica: políticas, saberes e práticas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sônia Maria Villela Bueno

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Sueli Aparecida Frari Galera

Ribeirão Preto

2018

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.

Pompeu, Maria Helena

Aspectos intervenientes na efetivação da doação do tecido ósseo durante o acolhimento e a entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos. Ribeirão Preto, 2018.

131 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica: políticas, saberes e práticas.

Orientadora: Bueno, Sônia Maria Villela.

Co-orientadora: Galera, Sueli Aparecida Frari.

1. Doação de tecido ósseo. 2. Transplante de tecido ósseo. 3. Banco de tecidos. 4. Entrevista familiar.

POMPEU, M. H. **Aspectos intervenientes na efetivação da doação do tecido ósseo durante o acolhimento e a entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos.** 2018. 131 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2018.

Aprovado em: _____

Banca examinadora:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

A **Deus Pai Eterno e Poderoso**, obrigada por estar sempre ao meu lado, ajudando-me a superar todas as dificuldades, grandes adversárias, mas que tornaram esta vitória muito mais saborosa.

AGRADECIMENTOS

À **Profa. Dra. Sônia Maria Villela Bueno**, pelo privilégio de ter recebido valiosas considerações no início do projeto.

À **Profa. Dra. Sueli Aparecida Frari Galera**, pelo privilégio de ter me acolhido, pela paciência e pela oportunidade de aprendizado durante esta caminhada.

Às **enfermeiras da Organização de Procura de Órgãos de Ribeirão Preto**, meu mais profundo respeito e gratidão.

Às **famílias dos doadores**, minha gratidão por terem me recebido em seu contexto, compartilhando seus sentimentos e experiências.

À **Profa. Dra. Silvia Sidneia da Silva**, minha orientadora do mestrado, quando tudo começou, pela grande contribuição no exame de qualificação, grata pela oportunidade de aprendizado.

À **Dra. Tatiane Aparecida Martins Pedersoli**, pelas valiosas contribuições no momento mais crítico desta caminhada.

“A aprendizagem não se conquista por acaso;
é preciso buscá-la com ardor e dedicar-se a ela
com empenho”.

Abigail Adams (1744-1818)

RESUMO

POMPEU, M. H. **Aspectos intervenientes na efetivação da doação do tecido ósseo durante o acolhimento e a entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos**. 2018. 131 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2018.

Atualmente existe uma lacuna de conhecimento referente à doação e ao transplante do tecido ósseo, já que muitas publicações concentram-se, principalmente, na temática ‘doação e transplante de órgãos sólidos’. O objetivo deste estudo foi compreender os aspectos intervenientes na efetivação da doação do tecido ósseo durante o acolhimento e a entrevista familiar, realizada pelos profissionais da Organização de Procura de Órgãos, na ótica do profissional e do familiar do potencial doador. Método: Este estudo de abordagem qualitativa, apoiado em conceitos do interacionismo simbólico, constituiu-se de familiares de doadores de órgãos e tecidos que autorizaram a doação do tecido ósseo no período de janeiro a dezembro de 2016, iniciando-se a partir de pesquisa nos prontuários da Organização de Procura de Órgãos localizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/SP. Selecionaram-se todos os prontuários dos doadores de tecido ósseo, totalizando doze doadores. Ainda, foram convidados a participar do estudo os quatro enfermeiros responsáveis pelo acolhimento e entrevista para solicitação dos órgãos e tecidos pertencentes à Organização de Procura dos Órgãos citada, por meio de uma entrevista gravada e realizada em seu contexto de trabalho. Foram entrevistados nove familiares e quatro enfermeiros mediante roteiro de entrevista contendo dados sociodemográficos e questões sobre a vivência de todo o processo de doação do tecido ósseo. O material foi transcrito e submetido a análise de conteúdo indutiva em três categorias temáticas: contexto onde se dá o processo de solicitação da doação, fatores que facilitaram a decisão pela doação do tecido ósseo e o resultado do processo de doação para o familiar. Observamos que os familiares, ao refletirem sobre o momento de decisão pela doação do tecido ósseo, revelaram que, apesar do desconhecimento desse tipo de doação, os aspectos que contribuíram para o consentimento foram a satisfação com o atendimento hospitalar humanizado, bem como o profissionalismo dos enfermeiros da Organização de Procura de Órgãos ao explicarem quais ossos seriam retirados e como seria reconstituído o corpo do doador; o conhecimento prévio da vontade do ente querido em ser um doador e o pensamento de estar “fazendo o bem”. Observamos ainda que os enfermeiros,

ao refletirem sobre seu papel na entrevista para solicitação da doação do tecido ósseo, revelaram que, inicialmente, o desconhecimento dos familiares quanto à possibilidade de doação do tecido ósseo, faz com que os mesmos reajam negativamente devido ao medo da deformidade do corpo. Objetivando superar esse momento difícil, os enfermeiros explicam todo o processo de captação do tecido ósseo, até a forma como seria entregue o corpo do familiar para o velório. Sugerem-se capacitações futuras à equipe de enfermeiros contribuindo para a otimização de todo o processo de doação do tecido ósseo para transplante. Acreditamos ser evidente a necessidade de educação voltada à população por meio de ações governamentais, em que futuras campanhas na divulgação da existência da doação do tecido ósseo possam promover um maior entendimento, resultando em uma reação menos traumática das pessoas no momento da solicitação do tecido ósseo.

Palavras-chave: Doação de tecido ósseo. Transplante de tecido ósseo. Banco de tecidos. Entrevista familiar.

ABSTRACT

POMPEU, M. H. **Aspects intervening in the effectiveness of bone tissue donation during the reception and the familiar interview to organs and tissues donation.** 2018. 131 f. Thesis (Doctoral) – College of Nursing at Ribeirao Preto, University of Sao Paulo. Ribeirão Preto, 2018.

Currently there is a lack of knowledge regarding donation and transplantation of bone tissue, due many publications to focus primarily on donation and transplantation of solid organs. The aim of this study was to understand the intervening aspects on the effectiveness of bone tissue donation during approach and family interview, carried out by professionals of the Organ Procurement Organization, from perspective of professionals and potential donor relatives. Methods: It is a qualitative study, based on symbolic interactionism concepts; the sample was composed for relatives of donors of organs and tissues that authorized the donation of bone tissue in the period from January to December of 2016. The first part was characterized for a data collection in the medical records from Organ Procurement Organization located in a Brazilian School Hospital. There were twelve donors during the selected period which medical records were selected to analyze. In addition, four nurses belonging to Organ Procurement Organization were invited to participate in study. They were responsible for the approach and interview with relatives to request organs. The data collection strategy was a structured interview which was recorded and performed in their workplace. Nine families and four nurses were interviewed using an interview script containing sociodemographic data and questions about the experience of entire process of donating bone tissue. The interviews were transcribed and submitted to analysis of inductive content in three thematic categories: the context where the donation request process happens, factors that facilitated the decision by the donation of the bone tissue and the donation process result to the relative. Results: It was observed that family members reflected on the moment of decision of bone tissue donation. They revealed that, despite the lack of knowledge about this type of donation, there were some aspects that contributed to the consent satisfaction with humanized hospital care as well as the nurses of the Organ Procurement Organization professionalism. These nurses explained which bones would be removed and how the donor's body would be reconstituted. Another contributed factor was the relatives prior knowledge of the being's desire to be an organ donor and the "doing good" feeling. Meanwhile, the nurses interviewed revealed that initially there was family members' lack of knowledge about the possibility of donation of the bone tissue,

causes them to react negatively due to the fear of deformity of the body. The nurses explained the whole process of bone tissue withdrawal and the way which the deceased's body would be delivered to the funeral. The aims of this approach were to overcome this difficult moment and family insecurity to make decision. Conclusions: Future nurses team training is suggested to improve all bone tissue donation for transplantation process. It is extremely important a population-oriented education through governmental actions, campaigns about bone tissue donation to promote a better understanding. It could result in less traumatic people reaction at the moment of bone tissue demand.

Descriptors: Bone grafting. Tissue transplantation. Bone transplantation. Tissue banks. Family interview.

RESUMEN

POMPEU, M. H. **Aspectos intervinientes en la efectividad de la donación del tejido óseo durante la acogida y la entrevista familiar para donación de órganos y tejidos.** 2018. 131 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2018.

Actualmente existe una laguna de conocimiento pariente a la donación y el trasplante del tejido óseo, ya que muchas publicaciones se concentran principalmente en la temática donación y trasplante de órganos sólidos. El objetivo de este estudio fue comprender los aspectos intervinientes en la efectividad de la donación del tejido óseo durante la acogida y la entrevista familiar realizada por los profesionales de la Organización de Búsqueda de Órganos en la óptica del profesional y del familiar del potencial donante. Método: Este estudio de abordaje cualitativo apoyado en conceptos del interaccionismo simbólico se constituyó de familiares de donantes de órganos y tejidos que autorizaron la donación del tejido óseo en el período de enero a diciembre de 2016, iniciándose a partir de la investigación en los prontuarios de la historia Organización de Búsqueda de Órganos ubicada en el Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto-SP. Se seleccionaron todos los prontuarios de los donantes de tejido óseo totalizando doce donantes. Aún, fueron invitados a participar del estudio los cuatro enfermeros responsables de la acogida y entrevista para solicitud de los órganos y tejidos pertenecientes a la Organización de Búsqueda de los Órganos citada, a través de una entrevista grabada y se realiza en su contexto de trabajo. Se entrevistaron a nueve familiares y cuatro enfermeros mediante un guión de entrevista que contenía datos sociodemográficos y cuestiones sobre la vivencia de todo el proceso de donación del tejido óseo. El material fue transcrito y sometido a análisis de contenido inductivo en tres categorías temáticas: contexto donde se da el proceso de solicitud de la donación, factores que facilitaron la decisión por la donación del tejido óseo y el resultado del proceso de donación para el familiar. Se observó que los familiares al reflexionar sobre el momento de decisión por la donación del tejido óseo, revelaron que, a pesar del desconocimiento de ese tipo de donación, los aspectos que contribuyeron al consentimiento fueron la satisfacción con la atención hospitalaria humanizada, así como el profesionalismo de los enfermeros de la Organización de Búsqueda de Órganos explicándoles qué huesos serían retirados y cómo sería reconstituido el cuerpo del donante; el conocimiento previo de la voluntad del ser querido en ser un donante y el pensamiento de estar "haciendo el bien". Se observó que los enfermeros al reflexionar sobre su papel en la entrevista para solicitar la donación del tejido óseo, revelaron que, inicialmente, el desconocimiento de los familiares como la posibilidad de donación del tejido óseo, hace que los mismos reaccionen negativamente por el miedo a la deformidad del tejido

óseo, cuerpo. Objetivando superar ese momento difícil los enfermeros explican todo el proceso de captación del tejido óseo, hasta la forma en que se entregaría el cuerpo del familiar al velatorio. Se sugiere capacitaciones futuras al equipo de enfermeros contribuyendo a la optimización de todo el proceso de donación del tejido óseo para trasplante. Se sugiere capacitaciones futuras al equipo de enfermeros contribuyendo a la optimización de todo el proceso de donación del tejido óseo para trasplante. Creemos que es evidente la necesidad de educación orientada a la población a través de acciones gubernamentales, donde futuras campañas en la divulgación de la existencia de la donación del tejido óseo, pueda promover un mayor entendimiento, resultando en una reacción menos traumática de las personas en el momento de la solicitud del tejido óseo.

Palabras-clave: Donación de tejido óseo. Trasplante de tejido óseo. Banco de tejidos. Entrevista familiar.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Categorias elaboradas: contexto, fatores e desfecho, 2018.....	72
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais diferenças entre os transplantes de órgãos sólidos e tecidos	43
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das características dos familiares entrevistados. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2018.....	70
Tabela 2 – Distribuição das características dos doadores. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2018. ..	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AATB	<i>American Association of Tissue Banks</i>
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC-H	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
BTME's	Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGSNT	Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplantes
CIHDOTT	Comissões Intra Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
CNCDO	Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CTN	Câmaras Técnicas Nacionais
DAE	Departamento de Atenção Especializada
DRS	Direção Regional de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DTC	Doppler Transcraniano
ECG	Eletroencefalograma
EDQM	Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde
GAE	Grupo de Assessoramento Estratégico
HSA	Hemorragia Subaracnóidea
ITNS	<i>International Transplant Nurses Society</i>
ME	Morte Encefálica
MS	Ministério da Saúde
OPC	Organizações de Procura de Córneas
OPO	Organização de Procura de Órgãos
OPO's	Organizações de Procura de Órgãos
PCR	<i>Polymerase Chain Reaction</i>
PET	tomografia por emissão de pósitrons
PVC	Pressão Venosa Central

RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAL 10-6	<i>Sterility Assurance Level</i> (nível de garantia de esterilidade)
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SNT	Sistema Nacional de Transplante
SPECT	Tomografia por Emissão de Fóton Único
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNA	<i>Transplant Nurses Association</i>
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	21
1 INTRODUÇÃO.....	25
1.1 Legislação da doação de órgãos e tecidos no Brasil.....	31
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	37
3 OBJETIVO.....	57
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	60
4.1 Método.....	61
4.2 Período e local do estudo.....	61
4.3 Participantes da pesquisa.....	61
4.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	62
4.5 Procedimentos éticos.....	62
4.6 Instrumentos de coleta de dados.....	63
4.7 Procedimentos de coleta de dados.....	64
4.8 Processamento e análise dos dados.....	66
5 RESULTADOS.....	70
5.1 Caracterizações dos participantes.....	70
5.1.1 Familiares dos doadores de órgãos e tecidos.....	70
5.1.2 Doadores.....	71
5.1.3 Enfermeiros da OPO.....	71
5.2. Fatores que facilitaram a doação do tecido ósseo.....	72
5.2.1 Categoria 1: sentimentos envolvidos no processo de doação.....	73
5.2.2 Categoria 2: fatores que influenciaram a tomada de decisão da família.....	75
5.2.1.1 Manifestação em vida do doador.....	75
5.2.2.2 Presença de membros chaves para decisão.....	76
5.2.2.3 Opiniões religiosas.....	77
5.2.2.4 Acolhimento da equipe multiprofissional.....	78

5.2.2.5 Acolhimento dos enfermeiros da OPO.....	79
5.2.2.6 Treinamento dos enfermeiros da OPO.....	82
5.2.2.7 Campanhas.....	84
5.2.3 Categoria 3: fazer o bem	85
6 DISCUSSÃO	89
7 CONCLUSÕES	106
REFERÊNCIAS	109
ANEXOS	122
APÊNDICES	129

APRESENTAÇÃO

Considerações iniciais: a pesquisadora e o objeto de estudo

Esta pesquisa nasceu e desenvolveu-se a partir do meu trabalho no Banco de Tecidos Musculoesqueléticos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), desde 2009 até janeiro de 2017. Nesse trabalho coube a mim auxiliar na implantação da unidade, desenvolvendo atividades relativas à organização da estrutura física, de recursos humanos, materiais e equipamentos, procedimentos operacionais e gestão de qualidade.

Desde o princípio, o trabalho não foi tão simples e isento de questionamentos, mas podemos dizer que as diretrizes percorridas tenham nos permitido chegar, por vezes, a um desfecho.

Do Mestrado...

Quase que como numa sucessão dos acontecimentos e, talvez, uma consequência, este trabalho segue-se à minha dissertação de Mestrado, concluída em 2014 na Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), sob a orientação da Profa. Dra. Silvia Sidneia da Silva, que resultou na dissertação ***“Fatores envolvidos na negativa da doação de tecido ósseo em doadores de órgãos nos hospitais públicos e privados de Ribeirão Preto e região”***. Naquela ocasião tratei de investigar os motivos que nos levavam a um número expressivo na negativa da doação de tecido ósseo, comparado àqueles referentes aos concordantes de doação de órgãos sólidos.

O que deu origem e título à pesquisa foi a inquietude relativa ao tema, buscando encontrar dados esclarecedores que respondessem às duas maiores indagações: *quais as variáveis do processo de doação que poderiam estar interferindo na negativa da doação do tecido ósseo? Quais as justificativas para esta negativa?*

Com muita dificuldade de enxergar os fatos, observava-se, inicialmente, que a recusa familiar em doar tecido ósseo era o maior diferencial na amplitude e na efetividade do desenvolvimento das atividades dos Bancos de Tecidos no país. Assim sendo, considerando a dimensão da temática, decidimos trazer para a ponderação os aspectos objetivos e subjetivos indagados e presentes no processo, entendendo seu significado para os sujeitos envolvidos e para a sociedade, dadas suas incontestáveis complexidade e magnitude.

A relevância do assunto pautou-se na importância da pesquisa para que se ampliassem as informações sobre a doação do tecido ósseo, minimizando, dessa forma, um dos maiores problemas que se conseguia evidenciar, traduzindo-se na indisponibilidade desse tecido para a área de transplantes.

A análise das respostas advindas da entrevista familiar para solicitação da doação de órgãos e tecidos deu-nos a oportunidade de observarmos três fatores importantes que influenciaram a negativa da doação de tecido ósseo pelos familiares: desconhecimento sobre quais ossos seriam retirados, como seria a reconstituição das estruturas e como se apresentaria o corpo do doador após a captação (POMPEU et al., 2014).

Por fim, também foi possível desvelar que os familiares referiam total desconhecimento sobre o tema “Doação e Transplante de Tecido Ósseo”, tanto quanto sobre sua importância, possuindo preconceito seguido de desagrado frente à ideia de mutilação do corpo e à aparência não preservada do seu ente familiar, por não terem sido adequadamente informados sobre o procedimento (POMPEU et al., 2014).

Em função disso, concluímos que havia necessidade premente de se estabelecer melhor capacitação e critérios na atuação dos profissionais da Organização de Procura de Órgãos (OPO), em relação ao processo de solicitação da doação de tecido ósseo para minimizar a recusa familiar quanto a este tipo de doação, o que pode impactar na maior amplitude e efetividade do desenvolvimento das atividades dos Bancos de Tecidos, permitindo ampliar o acesso ao transplante de tecido ósseo.

...rumo ao Doutorado.

No momento de propor outro projeto de pesquisa, para o Doutorado, a tomada de decisão sobre a doação do tecido ósseo ainda era meu tema principal. Se no mestrado investiguei os motivos que levavam as famílias a recusarem a doação, agora meu interesse era sobre as motivações que colaboraram para que algumas famílias concordassem com a doação desse tecido.

Em todo e qualquer serviço de saúde, independentemente de sua especialidade, o que primordialmente está posto em causa é a vida humana, e o que se demanda, de forma geral, é o tratamento dos pacientes utilizando-se todos os meios disponíveis. Uma das atividades primordiais nesses estabelecimentos é o serviço de transplantes e, diante do anúncio da morte encefálica, deparamo-nos com a proposta dos transplantes como solução de vida.

Anteriormente, identificamos os fatores que contribuíram para a recusa da doação do tecido ósseo para transplante, agora, consideramos importante compreender os aspectos intervenientes na efetivação da doação do tecido ósseo, na ótica do profissional da Organização de Procura de Órgãos e do familiar do potencial doador.

1 INTRODUÇÃO

A efetivação dos transplantes de órgãos e tecidos, procedimentos de alta complexidade, depende, fundamentalmente, do processo de doação-transplante, capaz de transformar um ‘potencial doador’ em um ‘doador’.

Define-se o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante como o conjunto de ações e procedimentos sistematizados e inter-relacionados capaz de converter um potencial doador em doador efetivo. As etapas do processo envolvem identificação, notificação, avaliação, manutenção do potencial doador, confirmação do diagnóstico de morte encefálica (ME), entrevista familiar, documentação, aspectos logísticos e remoção e distribuição dos órgãos e tecidos. Todas etapas importantes e o não cumprimento de alguma fase compromete o resultado final (MORAES; MASSAROLLO, 2008).

A identificação e notificação de um paciente com critérios clínicos para ME é o início do processo. Esse indivíduo encontra-se em coma aperceptivo e arreativo, detectado por meio de aplicação da escala de coma de Glasgow, com pontuação igual a 3 (três). Nessa condição, a notificação à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) torna-se compulsória (MORAES; MASSAROLLO, 2008).

A identificação dos potenciais doadores dá-se por meio de notificação passiva a partir da atitude da equipe multiprofissional das instituições de saúde em comunicar às Organizações de Procura de Órgãos (OPO's) a existência desse paciente; e a busca ativa corresponde à visita às áreas críticas dessas instituições, realizada por membro da OPO para identificação desses pacientes (FREITAS; FREIRE; TORRES, 2012).

Conceição (2005) aborda como sendo fatores limitantes à equipe de saúde para a não doação de órgãos e tecidos: a não notificação de pacientes com diagnóstico de ME às CNCDO's, apesar de sua obrigatoriedade prevista em lei; o não reconhecimento do processo; a ausência de identificação do potencial doador; a falta de formação continuada aos profissionais de saúde e a recusa familiar.

Uma vez identificado o possível doador, iniciam-se os procedimentos técnicos e protocolares, que confirmarão a condição do indivíduo como potencial doador. Frente à suspeita do diagnóstico de ME, a equipe médica deve informar aos familiares do paciente sobre os procedimentos a serem efetuados para confirmação do mesmo, proporcionando tempo aos familiares para reflexão e aceitação da morte do parente (MORAES; MASSAROLLO, 2008; ROZA et al., 2010).

Nesse contexto, percebe-se que a maioria das famílias de doadores elegíveis apresenta compreensão inadequada sobre a definição de ME, pois, ao acompanhar o ente querido com esse diagnóstico, mantido por aparelhos na unidade de terapia intensiva (UTI), os familiares ficam confusos em relação ao estado de saúde do parente. A condição do corpo quente e com o coração batendo contrasta com a ideia de que o indivíduo seja um corpo sem vida. No imaginário dos familiares, e mesmo de alguns profissionais que prestam assistência ao doador elegível em morte encefálica, a pessoa ainda pode ser percebida como viva (MORAES et al., 2014).

A avaliação consta da análise detalhada do prontuário do paciente, realização do exame físico, exames laboratoriais e de imagem. Na avaliação, o médico intensivista solicita os exames laboratoriais básicos do protocolo de ME após o primeiro teste clínico. A sorologia pertinente ao protocolo de doação somente deve ser colhida após o consentimento para a doação ter sido assinado pelos familiares. Avaliam-se, também, causas que possam inviabilizar a doação, tais como neoplasia, AIDS, hepatite, uso de drogas ou se o indivíduo pertence a grupo de risco. A adequada avaliação clínica e laboratorial é fundamental para evitar a transmissão de enfermidades infecciosas ou neoplásicas (PEREIRA; FERNANDES; SOLER, 2009).

A próxima etapa refere-se à manutenção do potencial doador. Diversas alterações fisiológicas ocorrem durante a evolução para a ME como resposta à perda das funções do tronco cerebral, contribuindo para a instabilidade do potencial doador, ocasionando a incapacidade do equilíbrio hemodinâmico, balanço hidroeletrolítico, temperatura corporal e equilíbrio hormonal. Assim, a assistência prestada deve incluir cuidados gerais e específicos, não se diferenciando da assistência prestada ao paciente em estado crítico (MARTINI et al., 2008).

Nesse período, a manutenção do potencial doador deve ser prestada em UTI, requerendo vigilância constante, por equipe multiprofissional capacitada para a assistência de pacientes críticos. Inicialmente o tratamento medicamentoso é revisado pelo médico intensivista, retirando aquelas substâncias utilizadas no tratamento neurológico, analgésicos, antitérmicos, mantendo os antibióticos prescritos (MARTINI et al., 2008).

A assistência de enfermagem deve atender às necessidades fisiológicas básicas do potencial doador, sendo as mais relevantes a manutenção do acesso venoso central para mensuração da pressão venosa central (PVC), sondagem gástrica e sondagem vesical de demora, nutrição enteral e higiene corporal. Ainda, manutenção da cabeceira elevada a 30° ou 45°, mudança de decúbito a cada 2 horas, cuidados com curativos, monitorização contínua da

pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura, oximetria de pulso e glicemia capilar (MARTINI et al., 2008).

Os profissionais de saúde que trabalham com pacientes críticos devem receber formação específica em comunicação, uma vez que esta é uma ferramenta básica para a realização de suas atividades diárias e a assistência prestada intenciona humanizar o processo de doação, por meio da relação de ajuda oferecida às famílias dos doadores (SIMINOFF et al., 2009).

Moraes et al. (2015), em um estudo qualitativo fundamentado na fenomenologia social de Alfred Schutz, realizada com 20 (vinte) enfermeiros de UTI de um hospital-escola da cidade de São Paulo, desvelou que o cotidiano dos enfermeiros atuantes no cenário da terapia intensiva é permeado por obstáculos, valores e significados no cuidado oferecido às famílias e aos doadores de órgãos para transplantes. Tais aspectos são percebidos por meio das experiências acumuladas ao longo da trajetória desses profissionais, possibilitando a eles a projeção de suas expectativas no tocante à viabilização de órgãos para transplantes, motivados pela perspectiva de salvar vidas.

A equipe multiprofissional está centrada no benefício que a doação proporcionará aos receptores, tendo consciência de que o cuidado oferecido tem como objetivo manter a qualidade dos órgãos e tecidos a serem disponibilizados para o transplante (CICOLO; ROZA; SCHIRMER, 2010).

De acordo com a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.480/97, a confirmação do diagnóstico de ME deve constar da realização de dois exames neurológicos efetuados por dois médicos diferentes, um deles obrigatoriamente neurologista ou neurocirurgião, não integrantes da equipe de remoção e transplante de órgãos, com intervalo de tempo mínimo entre um exame e outro de 6 (seis) horas em pacientes com idade acima de 2 (dois) anos, tendo como finalidade avaliar a integridade do tronco encefálico. Há obrigatoriedade também da realização de um exame complementar para mostrar a ausência de atividade elétrica e metabólica encefálica ou de perfusão sanguínea encefálica. Os exames aceitos pelo CFM são a angiografia cerebral, tomografia por emissão de fóton único (SPECT), cintilografia isotópica, eletroencefalograma (EEG), Doppler Transcraniano (DTC), tomografia por emissão de pósitrons (PET) e tomografia computadorizada por xenônio.

Como agente facilitador, interferindo diretamente na entrevista para doação, destaca-se a importância dos familiares serem esclarecidos pela equipe médica sobre a evolução do quadro clínico do paciente e, ainda, a suspeita e os procedimentos a serem realizados relacionados à suspeita de ME, possibilitando à família acompanhar, desde o início, a

realização dos exames, perceber e aceitar a irreversibilidade do quadro e preparar-se para a morte do paciente (SANTOS; MASSAROLLO, 2012).

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

O modo como os familiares são informados sobre o diagnóstico de ME é essencial para a discussão e tomada de decisão sobre a doação de órgãos e tecidos para transplante, sendo essencial que os familiares compreendam esse conceito e aceitem que a pessoa morreu. Sendo assim, a habilidade do entrevistador em comunicação de más notícias é ponto chave para garantir a clareza e a objetividade da informação transmitida a essas famílias (SANTOS; MORAES; MASSAROLO, 2012).

A abordagem familiar deve acontecer após a confirmação do diagnóstico de ME e quando o paciente possuir critérios e condições para se tornar um doador de órgãos e tecidos. Define-se ‘entrevista familiar’ como o método utilizado para se aproximar da família do potencial doador com a finalidade de fornecer todas as informações, promover o suporte necessário para a tomada de decisão da família e obter o seu conhecimento, tratando-se de um momento extremamente delicado, pois concretiza para a família a morte, a separação e a impotência (FUHR, 2006; SANTOS; MASSAROLLO, 2011).

O encontro com os familiares deve acontecer em ambiente confortável, calmo, acolhedor – com intuito de evitar a agitação local, que pode dificultar a compreensão das informações – e que se localize distante da unidade onde o paciente encontra-se internado, para que a família não o observe durante a entrevista (SANTOS; MASSAROLLO, 2011).

Essa etapa tem por objetivo esclarecer dúvidas sobre o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, possibilitando aos familiares do potencial doador uma tomada de decisão com autonomia. Dentre tantos pontos específicos, deve-se esclarecer que não haverá mutilação ou desfiguração do corpo, e que a doação não terá impacto no velório e funeral, explicando também sobre a ausência de custos para os familiares. A possibilidade de a família poder se reunir para discutir sobre o assunto e tomar a melhor decisão deve ser informada nesse momento, não se recomendando tentar convencer a família de que a doação faz bem, ou ainda, tentar influenciá-la com ideias de moral ou religião (PESSALACIA; CORTES; OTTONI, 2011).

Enfatiza-se que o conhecimento do desejo do paciente, manifestado em vida, é importante no momento de decidir. Ainda, a assistência prestada ao potencial doador e aos seus familiares, o suporte emocional e a informação sobre o processo de doação parecem essenciais para encorajar a atitude da doação (PESSALACIA; CORTES; OTTONI, 2011).

Em um estudo de abordagem qualitativa, na vertente fenomenológica, no qual participaram 12 (doze) profissionais da OPO da cidade de São Paulo, que realizam a entrevista familiar, emergiram proposições reveladoras de que a entrevista familiar é uma etapa importante, pois trata da possibilidade da doação de órgãos e tecidos para salvar e/ou melhorar a qualidade de vida de pessoas que necessitam de um transplante. Tal procedimento é complexo, visto que envolve aspectos relativos ao entrevistador, ao entrevistado e ao local da entrevista, além de questões éticas e legais. Também evidenciam a necessidade de capacitação profissional para conhecer, identificar e lidar com fatores que facilitam ou dificultam o diálogo com os familiares (SANTOS; MORAES; MASSAROLO, 2012).

A família é o elemento central nesse processo; de um lado, ela é apontada como sendo a principal barreira à efetivação da doação de órgãos e tecidos para transplantes, de outro, ela é percebida como a vítima em todo o processo, crescendo-se à dor da perda brusca e traumática, o grande estresse que representa a decisão de doar (VARGAS; RAMOS 2006).

A comunicação de má notícia pode ser definida como sendo aquela que altera drástica e negativamente a perspectiva do paciente e de sua família em relação ao futuro. O resultado é uma desordem emocional caracterizada por uma profusão de sentimentos e comportamentos tais como angústia, impotência, depressão, vazio, confusão, medo, negação, culpa, raiva, frustração, ansiedade, irritação e vergonha, os quais persistem por um tempo depois que a má notícia é recebida (DIAZ, 2006). No tocante à comunicação da ME, quando a informação ocorre tardiamente, esse acontecimento acaba sendo uma surpresa muito grande para muitas famílias que vivenciam a perda inesperada de um ente querido. Esses aspectos interferem na decisão da família diante da possibilidade da doação (MORAES et al., 2015).

A entrevista familiar encerra-se com o consentimento ou com a negativa familiar. A concordância é expressa pela assinatura do cônjuge ou parente maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau em documento formal denominado “Termo de Autorização de Doação e Retirada de Órgãos e Tecidos”, em que deve constar, também, a assinatura de duas testemunhas presentes à verificação da morte (BRASIL, 2001).

Quando a família autoriza a doação, o profissional da OPO é responsável por fazer a notificação das informações do doador de múltiplos órgãos para a CNCDO responsável pela distribuição dos órgãos e tecidos para as equipes transplantadoras. A documentação referente

ao protocolo de ME deve ser preenchida e assinada, devendo ser registrados no prontuário do potencial doador todos os exames realizados.

Referente aos aspectos logísticos que envolvem o processo de doação, iniciam-se com o agendamento da captação no bloco cirúrgico, materiais e equipamentos necessários ao procedimento, acondicionamento, armazenamento e transporte, respeitando o tempo de isquemia de cada órgão e a distância até o local do transplante (RATZ, 2006).

A sequência da remoção dos órgãos e tecidos inicia-se com o coração e o pulmão, em seguida captam-se o fígado, pâncreas, intestino delgado, rins, enxertos vasculares, córnea, pele e tecido ósseo. Sendo que somente serão captados os órgãos e tecidos em condições funcionais adequadas para beneficiar um ou mais receptores (PEREIRA; FERNANDES; SOLER, 2009).

Os critérios de distribuição, norteados pelos princípios legais e bioéticos, relativos à seleção dos receptores são realizados a partir do cadastro de pacientes em lista única na CNCDO do estado. A distribuição de cada órgão e tecido obedece a critérios específicos, devendo ser disponibilizados ao Sistema Nacional de Transplante (SNT), que centraliza a lista única nacional, os órgãos não transplantados no estado, realizando a busca por receptores compatíveis (BRASIL, 2006).

A recusa da família em dar consentimento à doação de órgãos e tecidos tem se mostrado como um obstáculo importante para que possamos reverter a crescente desproporção entre a oferta e a necessidade de órgãos e tecidos para transplante.

Estudo de Ralph et al. (2014), de revisão sistemática e síntese temática de estudos qualitativos, envolvendo 1035 familiares, com o objetivo de gerar uma compreensão conceitual abrangente das perspectivas das famílias sobre a doação de órgãos de doadores falecidos, identificou que as famílias valorizam a sensibilidade, o relacionamento e o envolvimento na tomada de decisões para a doação. O conflito decisório em membros da família é moldado por suas crenças religiosas, desacordo familiar, urgência da decisão e dissonância interna. Obter um sentido de encerramento sobre a decisão de doação é importante. As famílias que valorizam encontrar um significado positivo na doação apreciam receber o reconhecimento e conhecer os resultados do transplante do receptor (RALPH et al., 2014).

No entanto, a incerteza sobre sua decisão persiste em alguns familiares depois de terem consentido a doação, sendo que o acompanhamento proativo para abordar e resolver explicitamente os conflitos internos de decisão e as incertezas sobre sua decisão pode

promover um sentimento de fechamento, confiança e satisfação com o processo de doação entre as famílias doadoras (RALPH et al., 2014).

Os transplantes de órgãos e tecidos colocam-se entre as maiores conquistas da modernidade científica e tecnológica, pois permitem que pessoas com doenças crônicas possam “na medida do possível” recuperar o direito de viver. O processo de doação é impossível de ser executado sem uma sociedade sensibilizada e conscientizada para o ato de doar. Não há transplantes se não houver doações (ARAÚJO, 2006).

Nesse sentido, a família é uma instituição importante que pode facilitar ou dificultar o processo de doação.

1.1 Legislação da doação de órgãos e tecidos no Brasil

A partir das considerações apresentadas sobre o detalhamento do processo de doação de órgãos e tecidos, é importante o detalhamento das leis que regem a doação e o transplante de órgãos no Brasil.

A história da legislação sobre a doação de órgãos e tecidos segue o caminho do desenvolvimento da tecnologia da transplantação e também reflete a opinião pública e a cultura de cada país em termos de relações familiares e percepção do corpo (FREIRE et al., 2012).

No Brasil e demais países da América Latina, a história dos transplantes iniciou-se em época semelhante, sendo que o primeiro transplante de órgão sólido ocorreu no fim da década de 1950 na Argentina. No Brasil, o primeiro transplante é datado de 1964. Durante quase 30 anos, de 1968 a 1997, período chamado “heroico e romântico”, a atividade de transplante era pouco regulamentada, normalmente havia regulamentações loco-regionais, e desenvolvida com bastante informalidade, tanto no que diz respeito à inscrição de receptores, ordem de transplante, retirada de órgãos, quanto nos critérios de distribuição dos órgãos captados (ALCÂNTARA, 1998).

O Brasil inseriu-se no cenário mundial dos transplantes de órgãos, mediante ações consistentes quanto à legislação, a partir da década de 1960.

A primeira manifestação legislativa sobre transplantes no Brasil foi a Lei nº 4.280 de 6 de novembro de 1963. Com apenas 9 artigos principais, subordinava a permissão para fins de transplante, à autorização escrita pelo *de cujus* ou à não oposição do cônjuge ou dos parentes até o segundo grau, ou de corporações religiosas ou civis responsáveis pelo destino dos despojos (CORREA NETO, 2010).

Posteriormente foi editada a Lei nº 5.479 de 10 de agosto de 1968, composta por 15 artigos, incluiu a retirada de órgãos de pessoa viva, mas deixou em aberto as discussões sobre a gratuidade da doação (BERGESCH, 2006). A referida Lei foi revogada pela Lei nº 8.489 de 18 de novembro de 1992, e pelo Decreto Presidencial nº 879 de 22 de julho de 1993, que manteve a maioria dos itens da lei anterior, incluindo que tecidos, órgãos e partes do corpo humano são insuscetíveis de serem comercializados, considerando a ME a morte definida como tal pelo CFM, bem como permitiu à pessoa maior de idade e capacitada dispor gratuitamente de órgãos, tecidos e partes do corpo humano, tornando obrigatória a notificação de ME (CORREA NETO, 2010; SILVEIRA et al., 2009).

Em 1997, ocorreu a regulamentação do diagnóstico de ME pela Resolução do CFM nº 1.480, que definiu a ME como situação irreversível de todas as funções respiratórias e circulatórias ou cessação irreversível de todas as funções do cérebro, incluindo o tronco cerebral, tendo o diagnóstico de causa conhecido, confirmado por meio de dois exames clínicos e um exame complementar, conforme determina a Lei nº 9.434 de fevereiro de 1997. O diagnóstico deve ser feito pelo médico que está prestando assistência ao doente, e é importante que este tenha experiência em exame neurológico de morte encefálica (BRASIL, 1997).

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

Assim, foi editada a Lei dos Transplantes (Lei nº 9.434 de 4 de fevereiro de 1997) cujo objetivo era dispor sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante. De acordo com esta Lei, ficava garantido o respeito à vontade de cada um de ser ou não doador *post mortem* de órgãos. Ou seja, passava a vigorar o consentimento informado, segundo o qual a decisão sobre a doação pertencia aos familiares do potencial doador. Para que todas as etapas do processo de doação fossem seguidas, a referida norma ainda criou o SNT, tendo como atribuição desenvolver e controlar o processo de captação e distribuição de tecidos e órgãos para finalidades terapêuticas.

Em 26 de outubro de 2000 era publicada, no Diário Oficial da União, a Portaria nº 1183, que estabelecia mudanças no sistema de doação de órgãos. A partir de então, passava a vigorar a obrigatoriedade do registro da manifestação de vontade – “doador” ou “não doador” – das carteiras de identidade e de habilitação, o que posteriormente foi substituída pelo Registro Nacional de Doadores.

Não encontrando respaldo da sociedade, em março de 2001 foi sancionada a Lei nº 10.211, que restabeleceu a obrigatoriedade de consulta à família para a autorização da doação e retirada de órgãos e ainda estabeleceu critérios melhor definidos para a efetivação das doações de órgãos intervivos, sendo que naquelas situações em que receptor e doador não são parentes próximos ou cônjuges (exceção feita à doação de medula óssea), passou a ser exigida autorização judicial para a realização do procedimento.

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

Com a regulamentação do transplante de órgãos no país, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), na Resolução nº 292/2004, resolveu que ao Enfermeiro incumbe planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem prestados ao doador de órgãos e tecidos. Uma das ações é notificar as CNCDO, a existência de potencial doador.

Atualmente podemos dizer que temos em vigor a Portaria nº 2.600/2009, publicada pelo governo federal, que prevê a criação de uma série de instâncias de apoio ao processo de captação e distribuição de órgãos, tecidos e células, como é o caso das Câmaras Técnicas Nacionais (CTN), do Grupo de Assessoramento Estratégico (GAE), das Organizações de Procura de Órgãos (OPO's), Organizações de Procura de Córneas (OPC), e das Comissões Intra Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), sendo estas constituídas em 2005, mediante a Portaria GM/MS 1.752, devendo ser atuantes em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos (BRASIL, 2006).

No estado de São Paulo, a Resolução da Secretaria de Saúde nº 103/97 dispõe sobre a estrutura organizacional e operacional do Sistema Estadual de Transplante, que transferiu para as OPO's a responsabilidade sobre o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante (SÃO PAULO, 1997).

Ainda, a Portaria 2.600/2009, possui como um dos principais objetivos otimizar o processo de doação, estabelecendo que as CIHDOTT's e as OPO's adotem estratégias que

permitam organizar as instituições hospitalares, para que seja possível obter órgãos e tecidos para transplante. Assim sendo, a estruturação de programas educativos direcionados aos profissionais de saúde atuantes na área, tendo como principal objetivo o treinamento das habilidades em comunicação, apresenta-se como essencial no processo de doação (SIMINOFF et al., 2009).

Em virtude do êxodo dos transplantes no estado de São Paulo, o seu modelo de procura de órgãos por meio das OPO's passou a vigorar em todo o país, de acordo com a Portaria nº 2.600 de 21 de outubro de 2009. As OPO's deverão se reportar à respectiva CNCDO e atuar em parceria com as CIHDOTT's dos hospitais localizados em sua área de atuação, sem interferência sobre a distribuição dos órgãos e tecidos por ela captados (BRASIL, 2009).

Ademais, referindo-se exclusivamente aos tecidos, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), visando garantir a qualidade e a segurança dos tecidos que são fornecidos para uso terapêutico, publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 55 de 11 de dezembro de 2015, que dispõe sobre as Boas Práticas em Tecidos Humanos para uso terapêutico. Essa Resolução aplica-se a todos os Bancos de Tecidos, de qualquer natureza, que realizam atividades com um ou mais tipos de tecidos de origem humana para fins terapêuticos. Com a publicação dessa RDC, foi estabelecido o conceito de “Boas Práticas em Tecidos” na legislação sanitária brasileira, seguindo a lógica mundialmente aceita de que tecidos humanos são produtos biológicos que devem ser obtidos e manipulados de acordo com as boas práticas. Em outras palavras, isso quer dizer que os Bancos de Tecidos devem contar com um Sistema de Gestão da Qualidade que abranja, entre outros, a capacitação inicial e periódica de seus funcionários, um programa de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos e instrumentos, a validação de processos críticos, os controles em processo e a gestão de documentos (BRASIL, 2015).

Ante todo o exposto, há em nosso país muitas leis que envolvem o transplante de órgãos e tecidos, fortalecendo a doação e garantindo o direito aos familiares de optarem pela doação e a autodeterminação dos possíveis doadores. Enfatiza-se que a legislação brasileira permite apenas a doação de órgãos gratuita, em vida ou *post mortem* para fins terapêuticos ou humanitários.

O critério da lista única de receptores, cuja organização compete às CNCDO's, que têm a incumbência de coordenar as atividades de transplantes no âmbito estadual, possuindo como principal critério a chamada “fila de espera”, organizada cronologicamente, ou seja, de acordo com o tempo que o paciente aguarda o transplante.

Haja vista que muitas vezes o último receptor inscrito pode não ter tempo suficiente para aguardar sua ‘vez’ na fila, o critério foi modificado pela necessidade de se estabelecerem dados técnicos, dentro da realidade objetiva da saúde de cada paciente, considerando não somente a ordem cronológica, mas sim o seu tempo de vida estimado, os riscos e benefícios no momento da realização do transplante, a compatibilidade, podendo assim melhor atender à enorme demanda existente.

O maior contexto refere-se à insuficiência de órgãos e tecidos para atender a todos os pacientes em fila de espera, havendo um evidente desequilíbrio entre a demanda e a oferta, problema ainda agravado pelo fato de tais pacientes não disporem de tempo suficiente para aguardar o transplante.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

Iniciando este capítulo, passa-se a discorrer sobre a doação do tecido ósseo e sua indicação para transplante, bem como o processo histórico dos Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos e suas diretrizes, como referencial teórico para o embasamento da temática desenvolvida no presente estudo.

Na análise dos trabalhos publicados na literatura não foi encontrado estudo semelhante que ressaltasse a doação do tecido ósseo. Assim, o tema será relacionado de forma indireta com estudos sobre a doação de órgãos e tecidos.

Em um estudo bibliográfico sobre a produção científica de enfermeiros brasileiros referentes à doação e transplante de órgãos, publicados em periódicos nacionais no período de 1997 a 2007, revelou-se que o número de publicações concentrou-se, principalmente, na temática transplante, focando o transplante renal e hepático. A maior abordagem em relação ao tema doação de órgãos foi sobre a ME, captação de órgãos, manutenção do potencial doador e a respeito das OPO's (CICOLO; ROZA; SCHIRMER, 2010). Dessa forma, a pesquisa mostrou que existe uma lacuna de conhecimento referente à doação e transplante de tecidos, especificamente de tecido ósseo, o que leva a concluir que se faz necessário um maior número de estudos abordando tal temática.

Órgãos como fígado, coração e rins, bem como tecidos como córneas, normalmente são doados. Inúmeras campanhas na mídia tentam disseminar esse ato humanitário. No entanto, pouco conhecida é a existência de uma demanda igualmente grande pela doação de tecidos musculoesqueléticos como tendões, ligamentos, meniscos e, principalmente, ossos. O desconhecimento atinge não apenas a população. No momento de abordar os familiares do potencial doador, muitos médicos desconhecem esse tipo de operação, ou não conseguem explicar o procedimento, que não altera a aparência do corpo, preocupação frequente por parte dos familiares (BUGARIN JUNIOR, 2007).

O Brasil possui um cadastro de espera por transplantes, garantindo a equidade no acesso. A tramitação legal do tecido ósseo segue a legislação atual, válida para todos os tipos de órgãos, mas com diferença por não existir cadastro único. Quando a doação é autorizada pela família, a CNCDO comunica o Banco de Tecidos da referida área de atuação e, após a primeira análise do histórico do potencial doador, incluindo anamnese pregressa e exames clínicos, o Banco de Tecidos viabiliza ou não a captação dos tecidos.

A Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), não disponibiliza o número efetivo de doadores do tecido ósseo, considerando que cada doador efetivo, após o

processamento dos tecidos doados, poderá beneficiar vários receptores, dependendo da quantidade de tecido ósseo necessitado e solicitada pelo transplantador.

Diferentemente de outros órgãos e tecidos que possuem sua lista de espera regulada pelas CNCDO's de cada estado, os Bancos de Tecidos possuem autonomia para gerenciar a espera para esse tecido específico com base nos critérios e legislações dos órgãos reguladores.

O cirurgião transplantador encaminha ao Banco de Tecidos um formulário de solicitação do enxerto, identificando o tipo e a quantidade de tecido ósseo necessário para o procedimento cirúrgico, bem como todos os dados do receptor. Após avaliação quanto à disponibilidade do tecido, o mesmo é devidamente encaminhado. Nos casos de indisponibilidade momentânea, a solicitação entra para lista de espera.

No Brasil, considerando o número de transplantes do tecido ósseo, foram realizados, no ano de 2017, 14.945 transplantes, sendo 1.218 na área da ortopedia homóloga e 13.048 na área de odontologia homóloga. O número total de transplantes de tecido ósseo em 2017 se apresentou inferior ao ano de 2016, quando foram realizados 16.293 transplantes; estável em relação ao ano de 2015 no qual se verificou 14.408 transplantes, e inferior ao ano de 2014, quando houve um total de 21.681 transplantes (ABTO, 2018).

A ANVISA publicou, em 2017, relatório de avaliação dos dados de produção dos Bancos de Tecidos, referente ao período de 2011 a 2016, no qual se pode observar um declínio na escala de evolução do número de doadores efetivos do tecido ósseo, bem como do número de peças obtidas.

O número de doadores efetivos em 2011 (607) praticamente se manteve para o ano seguinte (612). Em 2013 houve uma queda drástica de 310%, não explicada no presente relatório, que apresenta 197 doadores efetivos. O número estabilizou no ano seguinte (196) com um pequeno aumento (18,2%) para o ano de 2015, quando se observam 232 doadores efetivos, permanecendo estável em 2016 com 234 doadores efetivos.

Importante aqui salientar que o número de doadores efetivos de tecido ósseo é dependente do número de doadores do tecido ósseo que foram desqualificados mediante diversos fatores excludentes, conforme Portaria 2.600/2009, devendo ser observados diversos critérios tais como o perfil do doador (histórico clínico, social e físico), infecção presente, hemotransfusão, sorologias e outros.

Certamente, a análise do aumento da taxa de doadores depende de um olhar que extrapole as questões técnicas envolvidas no processo de doação de órgãos e tecidos, já que estão envolvidos direitos humanos, crenças, valores, costumes, ideais, religiosidade/religião, acesso a informações e serviços, dentre outros (ROZA et al., 2010).

O número de peças obtidas em 2011 (2.075) foi superior ao relatado em 2012 (1.681). Já em 2013, houve queda expressiva de 38,7% (1.198) em relação ao ano anterior. Em 2014 chegou-se a um total de 1.422 peças obtidas, evidenciando um aumento de 18,7% em relação ao ano anterior e, novamente, uma queda em 2015 de 2,1%, totalizando 1.395 peças de tecido ósseo. Em 2016 houve um aumento de 16,7% em relação ao ano de 2015, totalizando 1628 peças obtidas (ANVISA, 2017).

Ainda, evidencia-se que a maior destinação final das peças obtidas após o processamento do tecido ósseo e sua respectiva liberação para enxerto está direcionada ao uso terapêutico odontológico, observando-se um decréscimo constante nos últimos seis anos, já que 23.289 peças foram liberadas em 2011; 22.481 peças em 2012; 21.633 em 2013; 19.967 em 2014; 17.803 em 2015; e 14.228 peças em 2016. Recuo este, em seis anos, de 61% no total das distribuições de peças (ANVISA, 2017).

A liberação de peças pelos Bancos de Tecidos voltados ao uso terapêutico ortopédico, nos últimos cinco anos, praticamente se mantém, já que em 2011 liberou-se 1.374 peças e 1.547 em 2012, apontando um discreto aumento de 12,6%. Em 2013 foram distribuídas 1.509 peças, em 2014 também houve um discreto aumento de 11,3% (1.680), em 2015 esse número manteve-se, apresentando um total de 1.658 peças. Em 2016 houve um aumento significativo de 26,2% em relação a 2015, quando o número de peças liberadas foi de 2093 (ANVISA, 2017).

Tais índices relacionados à ortopedia, talvez se expliquem a partir da indicação do enxerto autólogo fresco, proveniente do próprio paciente, que, para Pereira (2012), é o material disponível mais eficiente para a maioria das indicações clínicas ortopédicas. Disponível nas cristas ilíacas, região trocanteriana, tíbia, fíbula e outros ossos do próprio paciente e que, quando retirado ao mesmo tempo da operação proposta, não apresenta riscos adicionais de infecção de possíveis doadores e, principalmente, apresenta custo baixo em relação ao enxerto homólogo proveniente de Banco de Tecidos.

O Brasil destaca-se por ser um dos países com mais programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos, sendo o segundo país no planeta em número de transplantes, atrás apenas dos Estados Unidos da América. O Sistema Único de Saúde (SUS) financia mais de 95% dos transplantes realizados no país e também subsidia todos os medicamentos imunossupressores para os pacientes (REIS et al., 2010).

Atualmente, existem seis Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos (BTME's) em funcionamento em todo o país, sendo quatro no estado de São Paulo (dois Bancos na capital São Paulo, um na cidade de Marília e um na cidade de Ribeirão Preto), outro na capital do Rio

de Janeiro e um no Rio Grande do Sul na cidade de Passo Fundo. Ao todo, 46 centros e 128 equipes médicas estão cadastrados para realizar transplantes de tecido ósseo em todo país (ANIVISA, 2017).

Segundo Fernandes e Garcia (2010), para que o transplante de órgãos e tecidos aumente no Brasil será essencial que se melhorem os quatro pilares que apoiam o processo de doação para transplante, constituindo-se de: legislação, financiamento, organização e educação.

Para Assis (2008), as ações de sensibilização e conscientização de toda a sociedade, em especial dos profissionais de saúde, devem ser iniciadas nas escolas – o centro ideal de formação integral do indivíduo para o exercício da cidadania. Nesse sentido, a incorporação dessa temática nos conteúdos curriculares dos diversos níveis de ensino é determinante para se lograr uma atitude crítica que permita o debate e a análise dos avanços científicos que influenciam a saúde e determinam o rumo da nossa existência. Indubitavelmente, os estudantes de hoje são os futuros médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, biólogos, engenheiros, pesquisadores, técnicos de laboratórios, cidadãos, governantes e potenciais doadores ou receptores de órgãos, beneficiários da admirável tecnologia dos transplantes.

Narayan (2012), estudando sobre o desenvolvimento de Banco de Tecidos, enfatiza que a doação de tecidos da pessoa falecida é um conceito relativamente novo. Embora a campanha de doação de córnea já exista há algumas décadas, as famílias estão relutantes em permitir a recuperação de tecidos da pessoa falecida. Ignorância, equívoco, medo de mutilação do corpo, crença religiosa e falecimento etc. são geralmente as causas. A participação de mídia impressa e eletrônica, líderes comunitários, pregadores religiosos, representantes eleitos e organizações sociais pode mobilizar o apoio maciço para esta nobre causa. Um capítulo destacando a necessidade e o benefício da doação de órgãos pode ser introduzido no currículo escolar de nível médio. A felicitação pública, elogiando o gesto nobre e concedendo prêmios públicos às famílias que doaram tecidos de seus parentes falecidos irá percorrer um longo caminho na mobilização das massas (NARAYAN, 2012).

Transplantes de tecidos variam desde tratamentos que salvam vidas como, por exemplo, pele no tratamento de queimaduras catastróficas, podendo ser utilizada como curativo para cobrir grandes queimaduras, ou ainda, apoiando a cicatrização de úlceras, até a melhoria da qualidade de vida do paciente. Tendões e ligamentos podem ser utilizados para o tratamento de lesões desportivas ou para reparar defeitos degenerativos. O tecido ósseo pode

ser transformado em vários produtos diferentes e distribuído por meio de um mercado global médico e odontológico (ALENCAR; VIEIRA, 2010).

Faz-se indispensável um breve esclarecimento, especificamente das indicações do transplante do tecido ósseo, já que esse tipo de enxerto está entre os procedimentos reconstrutivos mais utilizados em ortopedia e odontologia.

O tecido ósseo apresenta um potencial de regeneração muito elevado, entretanto, em algumas situações, a perda óssea é muito extensa, por exemplo, quando da remoção de um tumor, ou frente a um grande trauma com perda de substância. Nesses casos há a necessidade de substituição e ou correção da região do tecido perdido por outro, permitindo assim uma futura reabilitação da região afetada (OLIVEIRA, 2004).

O transplante ósseo é comumente referido como enxerto, podendo ser dividido de acordo com sua natureza em: enxerto autólogo ou auto enxerto, isoenxerto, aloenxerto ou enxerto homólogo e xenoenxerto ou enxerto heterólogo (PEREIRA, 2012).

A primeira opção de um material de substituição é o próprio tecido ósseo do indivíduo, denominado como enxerto autólogo, sendo obtido e transplantado de um sítio a outro, seguro quanto à transmissão de doenças, baixo índice de infecção e fragmentação, com incorporação do enxerto em curto prazo, por ser bom osteoindutor e osteocondutor, não produzindo reação imunológica (KAWANO; SEVERINO, 2005).

Vários tipos de enxerto ósseo podem ser utilizados, dependendo da indicação ou da falha óssea. Os enxertos podem ser corticais superpostos, corticais de osso total, esponjosos em lascas, múltiplos ou de osso total e aspirados da medula óssea. A principal diferença entre o transplante esponjoso e o cortical está na rapidez da substituição do reparo, em que os largos canais do osso esponjoso permitem a ampla diferenciação das células mesenquimais em osteogênicas que, já transformadas em osteoblastos, produzem a matriz osteoide e o novo tecido ósseo (PEREIRA, 2012).

O isoenxerto é o enxerto permutado entre pessoas com características geneticamente idênticas do mesmo zigoto, como gêmeos humanos idênticos (PEREIRA, 2012).

Enxerto homólogo ou aloenxerto é o transplante de um indivíduo de uma mesma espécie, mas com características genéticas desiguais. É uma alternativa atrativa por possuir boa capacidade osteocondutora e terem disponibilidade menos limitada. Embora haja desvantagens no uso desses enxertos como a pouca osteogenicidade, baixa osteoindução, maior taxa de reabsorção, menor capacidade de incorporação ao hospedeiro, um potencial de gerar respostas imunológicas no receptor e o risco de transmissão de doenças, seu uso tem

aumentado nos últimos anos, pois outros substitutos biológicos e sintéticos não se mostraram superiores (GRANJEIRO et al., 2009).

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

O transplante ósseo atende às seguintes funções principais: imobilização, osteogênese e substituição. A imobilização é de reabsorção e de substituição lentas. A osteogênese, substituição por osso novo, faz-se de modo rápido quando se usa o enxerto esponjoso (PEREIRA, 2012).

A indicação do enxerto autólogo ou homólogo depende das condições técnicas do cirurgião, da existência de um Banco de Tecidos e da quantidade de enxerto a ser utilizado (KAWANO; SEVERINO, 2005).

O tecido ósseo pode ser obtido a partir de doadores com morte encefálica, doadores com parada cardiorrespiratória ou doadores vivos. Neste último caso, a doação será da cabeça femoral, retirada por ocasião do procedimento cirúrgico de artroplastia primária de quadril.

O transplante ósseo é utilizado em procedimentos cirúrgicos ortopédicos e odontológicos que precisam de uma quantidade de tecido maior do que o tecido autólogo, tanto pelo baixo estoque ósseo ou falhas ósseas existentes na região. Entre os tratamentos ortopédicos, as principais indicações dos enxertos, de modo geral, são nos seguintes casos: preencher cavidades ou defeitos devidos a cistos, tumores ou traumatismos; artrodeses; restabelecer longos defeitos de ossos longos; provocar a união de uma pseudo-artrose; apressar união de fraturas recentes, retardos de consolidação e osteotomias (PEREIRA, 2012).

Na área da cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, o osso é o tecido mais comumente requerido nas cirurgias pré-protéticas, no tratamento de defeitos congênitos e deformidades dento faciais, a fim de promover união de fraturas em locais de osteotomias e para prevenir colapso de segmentos ósseos dentro de defeitos iatrogênicos, contribuindo para a função e a estética (JARDIM et al., 2009).

No caso do doador falecido, o número de pessoas beneficiadas varia de acordo com a necessidade do tecido ósseo, desde em torno de 10 pacientes com tumores ósseos (maior

necessidade de osso por procedimento) a mais de 100 pacientes odontológicos (menor necessidade de osso por procedimento) (PROGRAMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES, 2011).

Assim sendo, podemos afirmar que o progresso nas ciências médicas tornou possível a efetividade dos transplantes de tecidos de uma pessoa para outra. Os tecidos mais comumente transplantados como as córneas, os tecidos cardiovasculares, ósseo, tendões e pele, estão bem estabelecidos como técnicas terapêuticas.

As principais diferenças entre os transplantes de órgãos e tecidos estão resumidas no quadro abaixo:

Quadro 1 – Principais diferenças entre os transplantes de órgãos sólidos e tecidos

ÓRGÃOS	TECIDOS
Normalmente salvam vidas.	Muitas vezes não salvam vidas, mas sim, melhoram a qualidade de vida.
Um doador falecido pode oferecer órgãos para poucos receptores.	Um tecido pode ser transplantado para vários receptores. Assim, falhas na seleção do doador podem ter impacto em muitos receptores.
O tempo para o transplante é medido em horas e não pode ser preservado para utilização futura.	O tempo para transplante pode ser medido em dias e anos, dependendo do tecido e de sua preservação (ex.: osso, 5 anos, 80° negativos).
Não podem ser expostos a processo de esterilização.	Os tecidos podem ser expostos a processos de esterilização robustos.
Muitas vezes, o transplante de órgãos é a única opção terapêutica.	Tratamentos alternativos estão geralmente disponíveis, podendo ser clinicamente menos eficazes.

Fonte: *Guide to the quality and safety of tissues and cells for human application*, 2013.

Devido às diferenças acima, os critérios de seleção de doadores de tecidos podem, muitas vezes, ser mais rigorosos do que para os doadores de órgãos sólidos.

Com exceção do sangue, o osso é o tecido humano mais frequentemente transplantado. O transplante de tecidos de animais em humanos tem sido tentado desde o tempo de Hipócrates. O transplante ósseo por xenoenxerto foi descrito em 1668 por Job Van de Meekren que tentou, com crânio de cachorro, preencher defeito craniano em um soldado. Em 1674 o Holandês Antoni Van Leeuwenhock descreveu a estrutura óssea. O Francês L. Ollier publicou em 1867 um tratado mostrando que os auto enxertos ósseos eram viáveis: *Traite*

experimental et clinique de la regeneration des os. Experiências com enxerto autólogo são creditadas a Ollier desde 1800, e com enxerto homólogo a Mac Ewen em 1879 (PEREIRA, 2012).

William Macewen, em 1881, usou aloenxerto ósseo na tíbia de uma criança que sofria de raquitismo e usou-o para a reconstrução de um eixo umeral de outro menino (MACEWEN, 1881). Erich Lexer (1908) usou aloenxertos de osso grande colhidos de amputados e usou-os para o enchimento das lacunas ósseas seguidas de osteomielite e tumores. Trout (1915) utilizou enxerto ósseo de um pai para preencher o defeito de espinha bífida de seu filho em 1915.

Em 1949, em pleno conflito militar na Coreia, a marinha norte-americana implantou em Bethesda, Maryland, o primeiro Banco de Tecidos a nível mundial, *The Navy Tissue Bank*, com a finalidade de vir a ser utilizado para a cirurgia de lesões ósseas e cutâneas causadas pela guerra. No entanto, esse objetivo inicial não foi concretizado, e o Banco de Tecidos começou a disponibilizar enxertos alógenos para os cirurgiões civis do país, o que muito contribuiu para a sua divulgação, que se traduziu num aumento progressivo de transplantações ósseas. Novas metodologias, tais como exames microbiológicos e *Polymerase Chain Reaction* (PCR), foram introduzidas na tentativa de se evitar complicações decorrentes de infecções cruzadas e processos inflamatórios que poderiam acarretar a rejeição ou perda do enxerto (GALEA; KERNEY, 2005).

A utilização para rastreio sorológico das doenças virais da PCR pesquisa o genoma viral por amplificação genômica. Esse exame sorológico é muito sensível e tem uma alta especificidade. É mais sensível do que as culturas virais. A PCR pode ser realizada para a detecção dos vírus da hepatite B, hepatite C e HIV no sangue dos doadores vivos e no sangue ou medula óssea dos doadores cadavéricos (HENRARD; REICHELDERFER, 1999).

Na metade final do século XX, Rudolph Klen abriu o Banco de Tecidos Hardec Kralove, na Tchecoslováquia em 1952. O Banco de Tecidos de Leeds foi estabelecido em 1955 em Leeds (Reino Unido), seguido pelo Banco de Tecidos Alemão em Berlim e em Varsóvia em 1963. Na Birmânia o Banco de Tecidos foi estabelecido em 1981 em Rangum e em 1984 Bangkok Biomaterial Centro estabelecido na Tailândia na Ásia (NATHER, 2010).

Em 1976 foi estabelecida a criação da *American Association of Tissue Banks* (AATB), responsável pela acreditação dos Bancos de Tecidos dos EUA. Já em 1993 a *Food and Drug Administration* iniciou a regulação de todos os Bancos de Tecidos dos EUA projetando a redução da possibilidade de transmissão de doenças infecciosas, estabelecendo padrões para rastreamento e testes microbiológicos do doador.

Historicamente, os Bancos de Ossos existem desde a década de 1950 no Brasil. Mediante o decreto nº 2.268 de junho de 1997, deu-se a regulamentação das práticas a serem seguidas pelos Bancos de Tecidos – fato que impôs uma série de restrições, limitando o número de bancos e cirurgiões autorizados a utilizar tecido ósseo (ALENCAR; VIEIRA, 2010).

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

Em setembro de 2002, por meio da Portaria nº 1.686/GM, o Ministério da Saúde (MS) aprovou as normas para autorização de funcionamento e cadastramento de Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos pelo SUS, normatizando o funcionamento por meio da autorização do SNT (BRASIL, 2002).

Em dezembro de 2006, a ANVISA adotou a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 220, com o objetivo de garantir que os tecidos musculoesqueléticos de procedência humana, a serem utilizados em procedimentos terapêuticos em humanos, sejam triados, retirados, avaliados, processados, armazenados, transportados e disponibilizados dentro de padrões técnicos e de qualidade que a complexidade do procedimento requer.

Por fim, assim como nos Estados Unidos da América, onde a Associação Americana de Bancos de Tecidos orienta e acredita o funcionamento de todos os Bancos de Tecidos do país desde 1976, no Brasil, o Ministério da Saúde, com a Portaria nº 2.600 de 21 de outubro de 2009, regulamentou a implantação e funcionamento de Bancos de Tecidos em todo território nacional (BRASIL, 2009), sendo que as normas estabelecidas foram baseadas nas recomendações das Associações Americanas e Europeia de Bancos de Tecidos.

Assim, de acordo com a Portaria nº 2.600/2009 MS, define-se por Banco de Tecidos Musculoesqueléticos o serviço que com instalações físicas, equipamentos, recursos humanos e técnicas adequadas, seja destinado à captação, triagem clínica, laboratorial e sorológica, coleta, identificação, processamento, armazenamento e distribuição de tecido musculoesquelético de procedência humana, de doadores vivos ou falecidos, para fins

terapêuticos ou de pesquisa, sendo que seu funcionamento, tanto em caráter privado quanto para a prestação de serviços ao SUS, deverá ser autorizado pelo SNT (BRASIL, 2009).

No Anexo A estão definidas as etapas da autorização, do cadastramento, da renovação, as equipes técnicas e as instalações físicas e equipamentos dos bancos de tecidos. No Anexo B são apresentadas as rotinas para captação, ablação, transporte, processamento, estocagem, disponibilização e controle de qualidade dos tecidos musculoesqueléticos (BRASIL, 2009).

São descritos ainda os protocolos de triagem, exame físico do doador, rotina laboratorial, ablação dos tecidos, empacotamento, reconstrução do corpo do doador, transporte dos tecidos ao banco, exames bacteriológicos e fúngicos, exame radiológico, recepção dos tecidos, armazenamento, processamento, esterilização complementar, empacotamento pós-processamento, estocagem dos tecidos processados e liberados, disponibilização, controle de qualidade e destino dos tecidos desprezados (BRASIL, 2009). Ademais, devem contar com um responsável técnico e duas equipes técnicas, ambas compostas por profissionais com capacitação comprovada para a execução de suas tarefas.

Apesar do grande potencial, o Brasil ainda tem uma taxa de utilização de enxertos ósseos muito baixa. Isso ocorre, principalmente, devido a três fatores: 1) o desconhecimento da população quanto à possibilidade de doação do tecido ósseo, a falta de experiência de cirurgiões quanto às possibilidades de uso de enxertos homólogos e pouca familiaridade com as técnicas cirúrgicas; 2) aos empecilhos burocráticos impostos pelo MS, dificultando a autorização de cirurgiões e estabelecimentos de saúde para o uso dos enxertos (ALENCAR; VIEIRA, 2010); 3) escassa quantidade de bancos de tecidos em funcionamento no território nacional.

A segurança do receptor é o fator mais importante no transplante do tecido ósseo, dependente, desde o início do processo, da seleção adequada dos potenciais doadores. Assim, um dos principais objetivos de um Banco de Tecidos é a prevenção da transmissão de doenças aos receptores de aloenxertos. Esse risco é minimizado se seguidos escrupulosamente os procedimentos de segurança microbiológica e cumpridas com rigor as disposições legais da legislação.

Quanto aos recursos humanos, a primeira equipe técnica é responsável, diuturnamente, por efetuar a triagem clínica e sorológica do potencial doador e, ainda, ser responsável pela captação dos tecidos. A segunda equipe é responsável pelas atividades internas do Banco de Tecidos, atuando desde o recebimento dos tecidos captados, processamento de todas as peças, armazenamento e disponibilização dos mesmos quando solicitados por profissionais da área de saúde transplantadores.

A triagem dos potenciais doadores (vivos ou falecidos) é o primeiro passo fundamental para a obtenção de tecidos. A história clínica e social do doador deve ser realizada para levantamento de informações que possam indicar a exclusão da doação, por meio de prontuário médico e entrevistas com familiares ou pessoas relacionadas ao potencial doador, com vistas a estabelecer risco de transmissão de doenças infectocontagiosas ou doenças malignas (OGATA et al., 2006).

O conteúdo da entrevista, perguntas e respostas, é estabelecido em protocolos operacionais dos Bancos de Tecidos baseados na Portaria nº 2.600/2009, para excluir a possibilidade de transmissão de doenças ao receptor. Os critérios de exclusão absolutos compreendem, de acordo com a portaria vigente:

a) Ingestão de substâncias tóxicas ou drogas ilícitas, comportamentos ou situações que incluam nos doze meses precedentes: homens e/ou mulheres que tenham tido sexo em troca de dinheiro ou de drogas, e os parceiros sexuais destas pessoas; homens e/ou mulheres que tenham tido múltiplos parceiros sexuais; homens que tiveram relações sexuais com outros homens e as parceiras sexuais destes; pessoas que tenham tido relação sexual com alguém com uma prova positiva para HIV, hepatite B, hepatite C ou outra infecção transmissível pelo sangue; pessoas que estiveram detidas em uma instituição carcerária ou policial.

b) Pessoas que se submeteram à acupuntura, tatuagens, maquiagem definitiva e adereços corporais, se realizados ou retocados em intervalo inferior a 12 meses de doação.

c) Pessoas que sejam parceiros de hemodialisados e de pacientes com história de transfusão sanguínea.

d) Doenças como: neoplasias malignas, AIDS, doenças autoimunes; enfermidades neurológicas degenerativas e debilitantes; insuficiência renal crônica; tuberculose ativa ou passiva; doenças sexualmente transmissíveis (DST); doenças osteometabólicas; grandes queimaduras.

e) Malária, doença ou residência em área endêmica nos últimos 36 meses; enfermidade de Creutzfeldt Jakob; doenças de etiologia desconhecida; tratamento com hormônio de crescimento derivado de pituitária humana; transplante de dura-máter ou córnea; tratamento com radioterapia ou quimioterapia; cirurgias ortopédicas prévias na região da ablação; cirurgias com causa não definida.

f) Morte de causa desconhecida; uso crônico de corticosteroides; infecção bacteriana e fúngica diagnosticada no curso da internação hospitalar.

g) Inaptidão por 24 horas: toxóides ou vacinas por germes mortos (difteria, tétano, cólera, tifo, influenza, coqueluche, poliomielite Salk e hepatite B não derivada do plasma).

Inaptidão por duas semanas: soros de origem animal ou vacinas a vírus atenuados (sarampo, febre amarela, poliomielite Sabin). Inaptidão por um mês: rubéola. Inaptidão por 1 (um) ano: vacinas em fase experimental, globulina hiperimune para hepatite B, vacina contra raiva, imunizações passivas.

h) História de transfusão de hemoderivados em prazo inferior a 12 (doze) meses da doação; transfusão de cristaloides em volumes que resultem em hemodiluição acima de 50% do volume intravascular nas duas horas precedentes a coleta de sangue para sorologia; transfusão de coloides sintéticos em volumes que resultem em hemodiluição acima de 50% do volume intravascular nas 48 horas precedentes a coleta de sangue para sorologia.

i) História de exposição ou acidentes nos últimos 12 meses com sangue suspeito ou confirmado sorologicamente para HIV, hepatite C ou hepatite B; hemofílicos que tenham recebido hemoderivados em prazo inferior a 12 meses da doação e seus parceiros sexuais recentes; hemodiálise crônica.

j) Idade limite do doador para tecido ósseo: entre 10 a 70 anos. Para tecido tendinoso: entre 18 e 55 anos e para tecido osteocondral: entre 10 e 45 anos.

Ainda, o exame físico deve ser minuciosamente realizado para detecção de possíveis lesões também excludentes para a doação: lesões de pele, na genitália ou região perianal que possam sugerir DST, lesão puntiforme causada por agulha e/ou sugestiva de uso de drogas ilícitas, lesões cutâneas violáceas sugestivas de sarcoma de Kaposi, tatuagens, maquilagem definitiva, Icterícia, Hepatomegalia e linfadenopatia difusa.

Além dos critérios de exclusão absolutos descritos acima, Alencar e Vieira (2010) destacam que devemos nos atentar observando alguns critérios específicos para os tecidos ósseos, tais como: história de osteoartrite; doenças ósseas metabólicas (Osteoporose, Doença de Paget); ingestão de cianeto ou metais pesados (mercúrio, ouro); infecção bacteriana, viral, parasitária ou micótica local; lúpus eritematoso sistêmico; poliartrite nodosa e sarcoidose.

Importante enfatizar que, além de todas as contraindicações anteriormente descritas, lesões detectadas durante a captação de cartilagens, tendões, meniscos e enxertos osteoarticulares, contraindicam o uso do enxerto (EDQM, 2013).

Para a Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde (EDQM, 2013), a utilização de tecidos para transplantes pode provocar uma não intencional transmissão de doenças. No entanto, tais eventos podem ser prevenidos por avaliação escrupulosa desde a triagem inicial e a inclusão de testes sorológicos em conformidade com as boas práticas estabelecidas. Os riscos podem ser substancialmente reduzidos por meio da interface do Banco com laboratórios que mantenham adequados controles para que se

obtenham resultados precisos. Os controles incluem a seleção de um laboratório qualificado que irá realizar testes seguindo as boas práticas de laboratórios, garantindo a validade de toda e qualquer amostra de sangue do doador coletada para testes de doenças infecciosas, utilização de testes adequadamente validados para doenças infecciosas, estabelecimento dos procedimentos operacionais padrão bem escritos e, treinamento para toda a equipe envolvida na coleta do sangue e na rotulagem das amostras, para o armazenamento e transporte adequados e, para a equipe técnica responsável pela realização dos testes e comunicação dos resultados, bem como para aqueles que recebem e irão interpretá-los.

Esses são elementos vitais de “sistema de qualidade” de um Banco de Tecidos sendo que, ainda, um profissional responsável deve manter-se informado dos avanços da tecnologia referente a doenças infecciosas como, por exemplo, testes de terceira e quarta geração para antígeno, testes de anticorpos e técnica de amplificação do ácido nucléico como o NAT (EDQM, 2013).

Os testes sorológicos são realizados para reduzir a chance de transmissão de Hepatite B (HBsAg e anti-HBc total), Hepatite C (anti-HCV), HIV-1 e HIV-2 (anti-HIV 1 e 2), Doença de Chagas (anti-T. cruzi), HTLV-1 e HTLV-2 (anti-HTLV 1 e 2), Toxoplasmose (anti-toxoplasma IgG e IgM), Citomegalovírus (anti-CMV IgG e IgM), Sífilis e tuberculose ativa.

Os exames sorológicos devem ser repetidos após 180 (cento e oitenta) dias em doadores vivos. A não realização desses exames implica a exclusão do tecido para transplante. Uma alíquota da amostra de soro ou plasma do doador falecido deve ser armazenada em freezer em temperatura igual ou inferior a -20°C , por no mínimo 20 (vinte) anos após a liberação do último item do(s) lote(s) do(s) tecido(s) (BRASIL, 2009).

A captação deve ser realizada por equipe técnica autorizada pelo SNT e cadastrada na CNCDO. Tal procedimento acontece nas instalações do bloco cirúrgico, utilizando-se de rigorosa técnica de assepsia, antissepsia e esterilidade de todos os materiais utilizados para o procedimento. É realizada até 12 horas após a morte, se o corpo do doador estiver em temperatura ambiente, e até 24 horas para corpo refrigerado.

Para a EDQM (2013), limitar o número dos membros da equipe de captação pode ser fundamental para minimizar a taxa de contaminação dos tecidos durante a retirada dos mesmos. A equipe deve ter experiência, a educação e a formação necessária para captação dos tecidos, incluindo o conhecimento anatômico significativo para obter não apenas os tecidos normais a serem captados (fêmur, patela, etc.), mas, especialmente, tecidos solicitados como,

por exemplo, todo o cotovelo. É importante definir-se as funções dos diferentes membros da equipe evitando a contaminação cruzada.

Os controles microbiológicos devem ser realizados em amostras dos tecidos coletados no momento de sua retirada, e o material deve ser submetido à cultura de germes aeróbios, anaeróbios e fungos antes da exposição a agentes antimicrobianos.

Os tecidos são acondicionados em embalagem plástica tripla, que não ofereça risco de citotoxicidade ou liberação de pirogênicos para o produto, hermeticamente seladas uma a uma, que suportem ultracongelamento e esterilização complementar e, ainda, que sejam registrados ou autorizados pela ANVISA. Cada unidade embalada deve estar identificada com etiqueta irretocável contendo o número de identificação conferido ao doador, único e emitido pelo Banco de Tecidos, identificação do tecido, data da retirada e data de validade.

Os tecidos musculoesqueléticos mais frequentemente adquiridos a partir dos doadores falecidos e retirados de forma sistemática são: tíbia e patela, fíbula, fêmur, calcâneo, úmero, rádio, ulna, crista-íliaca e ainda, fáscia lata, tendão de aquiles e tendão patelar e meniscos.

Uma vez que os tecidos foram captados a partir de um corpo de doador falecido, é obrigatória a reconstrução do corpo conforme a Portaria nº 2600/2009, mantendo sua aparência anatômica original. Por razões estéticas e com vistas a uma reconstrução respeitosa do doador, uma réplica do osso desenvolvida a partir de materiais como a madeira ou o plástico, correspondente aproximadamente à anatomia prévia à doação, podem ser utilizados para a substituição do tecido ósseo retirado. A utilização de suturas e outros materiais adequados devem ser considerados para o sepultamento do doador.

Os tecidos devem ser transportados em recipientes térmicos, contendo gelo, gelo seco ou nitrogênio líquido, de forma a garantir a manutenção de temperaturas inferiores ou iguais a 4°C, até sua chegada ao Banco de Tecidos.

Após a conferência das documentações e das condições de embalagem dos tecidos transportados, realiza-se o registro de entrada, com identificação única e exclusiva, permitindo a rastreabilidade do doador.

O armazenamento temporário é feito em uma área provida de um freezer que atinja temperaturas iguais ou menores a -20°C, devendo permanecer nessa área por no máximo 5 (cinco) dias, quando então devem ser transferidos para os freezers de -80°C, denominados de “quarentena primária”, aguardando o processamento dos tecidos.

Os segmentos osteoarticulares e ossos longos devem ser submetidos a exames radiológicos para mensuração e diagnóstico de anomalias estruturais, devendo ser arquivados fisicamente ou digitalizados e mantidos por no mínimo 20 (vinte) anos.

Com o objetivo de assegurar maior qualidade ao tecido, os Bancos de Tecidos podem optar por uma vasta gama de técnicas complementares de esterilização e descontaminação.

Procedimentos de esterilização devem garantir que nenhum organismo viável esteja presente na amostra após a esterilização, sendo o nível de garantia de esterilidade, denominado pelo termo *Sterility Assurance Level* (SAL 10^{-6}), representa a probabilidade esperada de um microrganismo sobreviver, em uma unidade individual de produto, após a exposição durante a esterilização. SAL 10^{-6} foi estabelecido como o padrão para os dispositivos médicos, indicando que há uma probabilidade de uma chance em um milhão de uma unidade do produto estar contaminado com um único organismo após um processo de esterilização (JÜLICH; WOEDTKE, 2001).

A irradiação gama em centros especializados deve ser documentada e ter sua eficiência comprovada por indicadores e testes microbiológicos pós-esterilização. Nenhuma dose específica pode ser recomendada, pois isso depende de múltiplos fatores associados a processo individual. No entanto, deve-se notar que as maiores doses podem reduzir a resistência biomecânica do osso. As doses usadas para esterilização por irradiação gama são de 17-35 quilogray (KGy) e são estabelecidas após o cálculo da carga microbiana inicial do tecido (EDQM, 2013).

Existem alguns produtos químicos que podem ser utilizados como descontaminantes ou que têm um efeito na inativação de patógenos específicos, tais como o ácido peracético e o etanol. A eficácia desses agentes em tecidos deve ser validada, sendo importante ser mencionada na documentação que acompanha os enxertos, particularmente se for possível que traços destes produtos ou seus subprodutos permaneçam no tecido (ALENCAR; VIEIRA, 2010).

Ainda, antibióticos podem ser usados para descontaminar tecido ósseo. A eficácia de cada antibiótico deve ser validada e documentada. A utilização de um antibiótico no procedimento de descontaminação pode ser o único método de inativação microbiana possível para enxertos em que é necessária a viabilidade celular.

Segundo o Departamento de Ortopedia do Northern General Hospital, um tratamento complementar utilizando técnicas de esterilização dos enxertos ósseos, pode reduzir a taxa de contaminação e o seu descarte pode ser evitado (KHAN; IBBOTSON; STOCKLEY, 1998).

Os métodos utilizados pelo Banco de Tecidos para o processamento dos tecidos ósseos devem estar baseados em experiência nacional ou internacional documentada em literatura.

O processamento dos tecidos objetiva, por meio da sua manipulação, separar apenas o tecido a ser utilizado no transplante. Para o preparo ósseo, geralmente são retirados todos os

tecidos moles aderidos, podendo manter-se tendões e cartilagem conforme a aplicação do enxerto. Uma das vantagens do processamento é permitir que um único osso possa ser dividido em várias partes, beneficiando um maior número de receptores e evitando desperdícios (FRIEDLAENDER; GOLDBERG, 1991).

Deve ser realizado em ambiente controlado e classificado como ISO 5 que, conforme a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR ISO 14644-1 (2005) deve atender ao ensaio de contagem de partículas em suspensão no ar, na quantidade de no máximo 3.520 partículas $> 0,5 \text{ mm} / \text{m}^3$, originada por cabine de fluxo unidirecional, devendo ser manipulados os tecidos com técnica estéril para a segurança do enxerto.

Para a Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde (EDQM, 2013) o objetivo do processamento é diminuir a possibilidade de transmissão de doenças infectocontagiosas e neoplásicas, utilizando métodos físicos e químicos tais como desbridamento, pressão por meio de lavagens com água, agitação mecânica e, ainda, ultrassom para remoção de células, sangue, lipídeos e ligamentos musculares.

A oportunidade para processar tecidos traz grandes vantagens sendo seus principais objetivos facilitar e otimizar a utilização clínica dividindo um tecido doado em vários enxertos, a preservação das propriedades requeridas para o material biológico, tornando o armazenamento estendido para uso futuro possível, reduzir o risco de transmissão de doenças ou reações adversas, removendo os elementos que não são necessários para o sucesso do transplante e a inativação de microrganismos ou esterilização, mesmo em circunstâncias em que a viabilidade celular não seja requerida (EDQM, 2013).

O processamento inclui uma variedade de atividades tais como, mas não se limitando a, corte, centrifugação, imersão em antibiótico ou soluções, esterilização, irradiação, concentração e purificação, filtração, liofilização e congelamento por criopreservação.

Os tecidos podem ser processados de diversas formas como moído, cubos bicorticais, cubos tricorticais, régua, segmentos e outros. Os controles microbiológicos devem ser realizados em amostras dos tecidos processados, e o material deve ser submetido à cultura de germes aeróbios, anaeróbios e fungos, antes e após a exposição a agentes antimicrobianos.

As peças devem ser acondicionadas em embalagens plásticas, triplas, estéreis, seladas uma a uma, que suportem ultracongelamento e esterilização complementar quando indicado pelo produto. Devem ser identificadas por etiquetas com código de barra contendo informações do doador (sem a identificação nominal), nº do lote, prazo de validade, características do processamento, exposição a produtos químicos residuais em potencial, método de esterilização complementar (quando aplicável), tipo de tecido (osso, cartilagem,

tendões, fâscias), formatos para o tecido ósseo, medidas do tecido e condições recomendadas para a estocagem até o uso do mesmo (BRASIL, 2009).

Após essa etapa, os tecidos são armazenados em freezer de -80°C , em “quarentena secundária”, aguardando os resultados dos exames microbiológicos, para somente então, após os resultados dos exames se apresentarem negativos, serem transferidos para outro freezer de -80°C , identificado como “tecido liberado”.

Todos os passos devem ser realizados dentro de um abrangente sistema de gestão de qualidade, devendo ser documentado em procedimentos operacionais padrão que devem ser completamente validados para demonstrar que a qualidade e eficácia do produto final não foi comprometida e que a contaminação ou contaminação cruzada, não tenham sido introduzidas dentro do processo (EDQM, 2013).

A preservação e o armazenamento dos tecidos por congelação é um método aplicado. É comum a prática de armazenar os tecidos ósseos em freezer de -80° , para uma preservação de 5 anos.

A criopreservação é um processo pelo qual os tecidos são preservados por arrefecimento a temperaturas de aproximadamente -196°C em nitrogênio líquido. Esse método é adequado para a preservação da viabilidade celular em cartilagens e tecido ósseo osteocondral. O tempo de armazenamento sob estas condições não pode ultrapassar 5 anos (GALIA, 2004).

A liofilização é o método de processamento e armazenamento de tecidos musculoesqueléticos que permite a utilização de ossos, tendões e fâscias humanos (allogênicos) uma vez que, pela diminuição da antigenicidade, é capaz de fornecer material biocompatível, estéril e que pode ser estocado em temperatura ambiente por até 5 anos. Uma limitação importante é a integridade do material da embalagem para garantir a segurança microbiológica e para evitar a reidratação durante o armazenamento (GALIA, 2004).

O tecido só será liberado para transplante após a revisão do prontuário do doador por dois profissionais, sendo um médico e outro da área biológica de nível superior, quando serão revisto todos os passos da captação do tecido, ou seja, desde a história clínica, exame físico, análise de prontuário, verificação de hemodiluição, sorologias, microbiologias da captação, transporte e entrega do tecido no banco. Após, serão revistas as etapas de quarentena primária, processamento, microbiologia do processamento e quarentena secundária.

Os tecidos ósseos somente serão disponibilizados para uso terapêutico com solicitação documentada do profissional transplantador autorizado pelo SNT, contendo nome e demais informações sobre o receptor que permitam a rastreabilidade do tecido, nome do profissional

transplantador, características e quantidade de tecido, procedimento a ser realizado, estabelecimento de saúde também credenciado pelo SNT onde será realizado o transplante e data prevista para utilização do tecido.

Uma questão importante a ser ressaltada é a questão ética relacionada aos receptores dos enxertos; esses devem assinar um termo de consentimento, em que devem declarar estarem cientes de que o tecido é proveniente de um Banco de Tecidos e que este pode ser proveniente de um doador vivo ou falecido, atestando o conhecimento dos riscos existentes.

Ainda, a disponibilização do tecido deve ser acompanhada de instruções técnicas para manutenção da qualidade e utilização do tecido, tais como: utilização do tecido em apenas um receptor em uma única vez e em um único procedimento, como o tecido deve ser armazenado e/ou manipulado antes da sua utilização, informações sobre possíveis riscos biológicos presentes no material (contaminantes e contato com alérgenos), alerta para a obrigatoriedade de informar o banco sobre a ocorrência de reações adversas após seu uso e informações sobre o descarte do tecido de acordo com a legislação vigente, caso o tecido enviado não seja transplantado total ou parcialmente (BRASIL, 2009).

Os tecidos transportados para distâncias curtas devem ser disponibilizados em temperaturas de 4°C a 5°C. Em outras situações, os tecidos congelados são colocados em recipientes isolados com gelo seco (CO₂ sólido) para manter a temperatura de -50°C, respeitando o intervalo de tempo entre descongelamento e aplicação no paciente inferior a 24 horas.

A responsabilidade por acondicionar os tecidos em recipientes térmicos, que assegurem o trânsito dos materiais em temperaturas adequadas, por um período de 24 horas, além do tempo estimado para a chegada do material até o local de destino, é do Banco de Tecidos que enviou o tecido.

O nível de segurança, eficácia e qualidade dos tecidos, órgãos e células humanas para transplante, como produtos de saúde de uma excepcional natureza deve ser mantido e aperfeiçoado em uma base contínua. Requer a implementação de sistemas de qualidade, incluindo rastreabilidade e vigilância, com incidentes e reações adversas relatadas tanto a nível nacional como internacional (EDQM, 2013).

Além disso, importa enfatizar que qualidade é responsabilidade de toda a equipe de profissionais envolvidos no processo de fornecimento de tecidos para aplicação clínica. A sistemática abordagem para a gestão de qualidade deve ser implementada e mantida ao longo de todo o processo. Um sistema de gestão de qualidade em Banco de Tecidos deve se constituir de equipe técnica treinada e capacitada, instalações, equipamentos e materiais

adequados, disposições contratuais, documentação e manutenção de registros, quarentena e liberação, processo de validação, rastreabilidade, investigação e elaboração de relatórios de não conformidades para eventos adversos, auto avaliação interna e auditoria externa, gestão de risco de qualidade, planejamento fiscal e ferramentas para a melhoria contínua da qualidade (EDQM, 2013).

Finalizando, os critérios de seleção a que são submetidos os potenciais doadores de tecido ósseo e o rigoroso controle da qualidade dos enxertos captados contribuem, de forma significativa, para a carência de reservas de enxertos disponíveis para aplicação clínica (NARAYAN, 2012).

3 OBJETIVO

Entre a identificação de potenciais doadores e a efetivação do processo de doação de órgãos e tecidos, existe um trabalho árduo e altamente especializado. A literatura sobre o tema aponta grande interesse acerca dos procedimentos para determinar o momento em que o paciente torna-se potencial doador e quando e como a família será abordada.

Estudo anterior, realizado durante o mestrado da pesquisadora, revelou que os familiares não possuíam conhecimentos sobre a doação do tecido ósseo em um contexto de baixa solicitação desse tipo de doação pelo profissional responsável pelo acolhimento e entrevista familiar.

A revisão de literatura apresentada nesta tese indica que o tecido ósseo exige muitos procedimentos e que muitos doadores poderão ser descartados durante o processo. Portanto, diferentemente dos órgãos, o tecido ósseo não será transplantado imediatamente em nenhum receptor, ao contrário, esse tecido só estará disponível após um longo período de preparo.

Nesse sentido, foi possível a formulação do objetivo do presente estudo:

- **Compreender os aspectos intervenientes na efetivação da doação do tecido ósseo durante o acolhimento e a entrevista familiar, realizada pelos profissionais da Organização de Procura de Órgãos, na ótica do profissional e do familiar do potencial doador.**

Muito se tem escrito sobre a doação e transplante de órgãos sólidos, bem como a sobrevida dos pacientes. Porém, na literatura, ainda são escassos os estudos que tratam das questões da doação e transplante de tecido ósseo, na perspectiva familiar e dos profissionais responsáveis pelo acolhimento e entrevista familiar, com a finalidade de oferecer oportunidade para a obtenção desse tecido para futuros transplantes. Dessa forma, este estudo poderá proporcionar aos profissionais da área da saúde, conhecimentos sobre os elementos que possam garantir a qualidade e a transparência desse processo.

Frente à incontestável magnitude do tema, justifica-se que estudar os fatores que levariam os familiares de doadores de órgãos sólidos a doarem o tecido ósseo, em um momento em que a prevalência da doação desse tecido é baixa, passa a ser fundamental para o desenvolvimento e aprimoramento de ações que possam contribuir para melhorar esse quadro epidemiológico atual no Brasil.

Justifica-se, ainda, que este estudo propõe considerar elementos para além da compreensão dos fatores que surgem quando a doação do tecido ósseo é solicitada, pois acreditamos que a articulação entre os saberes dos profissionais da Organização de Procura de Órgãos e os conceitos/entendimentos trazidos pelos familiares a respeito da doação desse tecido fornecerão subsídios que poderão, no futuro, nortear o planejamento de ações educativas aos atores envolvidos no processo de doação de tecido ósseo, servindo a universos sociais mais amplos, atingindo a sociedade como um todo.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Esta pesquisa apoia-se em conceitos do interacionismo simbólico. Nesta perspectiva os indivíduos atribuem significados às suas ações e, a partir destes, estruturam seu relacionamento com as pessoas e com o ambiente no qual estão inseridos, construindo, de um modo dinâmico, suas vidas.

O interacionismo simbólico enfatiza o significado que o indivíduo estabelece a determinada situação a qual está vivenciando. Tal significado é construído por meio das experiências do indivíduo ou do seu grupo. Sua perspectiva teórica focaliza a conexão entre os símbolos (e significados) e a interação social do indivíduo ou grupo, pela maneira como definem os eventos ou a realidade e como agem em relação às suas crenças (SAUNDERS, 1977; YAMASHITA, 1998; WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Nesse sentido, ao adotar o interacionismo simbólico como guia teórico para nortear a coleta e a análise dos dados, colocamos as seguintes perguntas: Quais os símbolos (e significados) da doação de órgãos e tecidos para famílias que fizeram essa opção na morte de um ente? Quais as interações sociais dessas pessoas ao re-vivenciarem esse processo? Quem são essas pessoas? Como o enfermeiro que realiza a entrevista de captação de órgãos e tecidos descreve estas famílias?

Toda pesquisa que pretende incluir a família como uma de suas fontes de dados precisa estabelecer um conceito de família. Assume-se, aqui, a definição de família como um grupo social que desenvolve conceitos e identidade própria por meio da interação entre si e com os indivíduos que se relacionam, dentro do âmbito social em que vive. Atribui significados a essas experiências, as quais resultam de suas interações (SAUNDERS, 1977; HEATH; COWLEY, 2004; PETTENGILL; ANGELO, 2005; NICO et al., 2007).

A articulação do conceito de família e a teoria do interacionismo simbólico contribuiu para compreender os aspectos intervenientes na efetivação da doação do tecido ósseo durante o acolhimento e a entrevista familiar, realizada pelos profissionais da Organização de Procura de Órgãos, na ótica do profissional e do familiar do potencial doador.

O conceito sistêmico de família adota a comparação com o móbil que, quando tocado, movimenta toda sua estrutura e vai se equilibrando novamente. Consequentemente, uma mudança em uma parte do sistema inevitavelmente trará uma mudança em outras partes (GALERA; LUIS, 2002). Nesta perspectiva, quando um membro da família adoece, chegando ou não ao falecimento, todos os membros também são afetados. Isso ocorre devido aos mecanismos reguladores dos sistemas e aos processos de retroalimentação.

A perspectiva sempre é a de que a vida é construída baseada em uma trajetória de experiências, conhecimentos e mudanças, em que o indivíduo transita desde o seu nascimento até a sua morte. Nesta pesquisa, tal perspectiva foi usada para estudar o processo de ajustamento das famílias durante todo o processo de doação de órgãos e tecidos. Considerando que a doação pode ocorrer em qualquer fase de transição da família, é provável que ocorra uma transformação na construção da trajetória de vida da família que está vivenciando a morte de um dos seus membros.

4.1 Método

Estudo qualitativo que entrevistou familiares que concordaram em fazer a doação do tecido ósseo e enfermeiros que realizaram o acolhimento e a entrevista para doação de órgãos e tecidos.

4.2 Período e local do estudo

O período de janeiro de 2016 a dezembro de 2016 foi reputado como sendo o ideal, devido ao fato da OPO de Ribeirão Preto/SP ter intensificado a solicitação da doação de tecido ósseo, haja vista que, além do Banco de Tecidos de Marília/SP estar em franca expansão, o Banco de Tecidos do HCFMRP-USP, naquela ocasião, já possuía a liberação para captação e processamento dos respectivos tecidos.

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

4.3 Participantes da pesquisa

Os participantes deste estudo constituíram-se de **familiares de doadores de órgãos e tecidos que autorizaram a doação de tecido ósseo**, no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2016, que assinaram o termo de Autorização de Doação de Órgãos e Tecidos

conforme o Art. 4º da Lei nº 10.211/2001 de 23 de março de 2001, que extinguiu a doação presumida no Brasil e determinou que a doação com doador falecido só ocorresse com a autorização familiar.

A composição desta população foi obtida por meio de pesquisa nos prontuários da OPO, deparando-se com 12 (doze) doações efetivadas para o tecido ósseo, de um total de 48 (quarenta e oito) doações de órgãos e tecidos no período. Importante enfatizar que, dos 12 (doze) doadores efetivos, apenas 2 (duas) captações foram viabilizadas, sendo os demais doadores descartados por fatores epidemiológicos excludentes.

Ainda, a população também se constituiu de **profissionais da OPO de Ribeirão Preto/SP**, que integra 4 (quatro) enfermeiros responsáveis pelo acolhimento e entrevista familiar para solicitação da doação de órgãos e tecidos.

A Portaria nº 2.600/2009 prevê que as OPO's sejam constituídas, obrigatoriamente, com pelo menos um médico coordenador, além de enfermeiros e agentes administrativos de nível médio, devendo todos os seus profissionais de nível superior possuírem experiência comprovada em áreas de cuidados de pacientes críticos, diagnóstico de morte encefálica, triagem de doadores e entrevista com familiares de potenciais doadores (BRASIL, 2009b).

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

O estudo adotou critérios de inclusão e exclusão quanto à participação dos sujeitos.

Como critérios de inclusão contamos com a participação dos familiares de doadores de órgãos e tecidos que assinaram o Termo de Autorização de Doação de Órgãos e Tecidos, conforme o Art. 4º da Lei nº 10.211/2001 e que autorizaram a doação de tecido ósseo, bem como os enfermeiros da OPO que estavam desenvolvendo a entrevista familiar por mais de 1 (um) ano.

Como critérios de exclusão definimos os familiares que não participaram do processo de doação e, ainda, os enfermeiros da OPO que estivessem desenvolvendo a entrevista familiar por um tempo inferior a 1 (um) ano, estivessem de licença saúde ou afastados da atividade por quaisquer outros motivos.

4.5 Procedimentos éticos

O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/SP, e aprovado, atendendo à Resolução 466/12, por

meio do Ofício de Aprovação CEP-EERP/USP nº 112/2016 de 11.04.2016, com o protocolo CAAE: 46913315.0.0000.5393 (Anexo A). Todas as normas e diretrizes éticas de pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitadas, incluindo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

4.6 Instrumentos de coleta de dados

Os roteiros de entrevista para a abordagem familiar (Apêndice A) e para a abordagem dos profissionais da OPO (Apêndice B) foram desenvolvidos após o exame de qualificação, sendo que, para considerar os dados epidemiológicos, tomou-se como referência parte de um questionário desenvolvido e validado pela pesquisadora por ocasião do mestrado.

Os demais dados específicos referentes ao tecido ósseo foram sugeridos e incluídos pela pesquisadora e sua orientadora, avaliados e validados por um comitê de especialistas no assunto composto por: Diretor Técnico do Banco de Tecidos do HCFMRP-USP, Enfermeira da OPO, Enfermeiro que compôs o quadro de servidores do Banco de Tecidos do HCFMRP-USP, bem como na Sala de Trauma do respectivo hospital e Médico Intensivista do HCFMRP-USP com experiência em identificação e manutenção de potenciais doadores de órgãos e tecidos.

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

I – Roteiro de entrevista – Abordagem familiar

O roteiro para a entrevista com o familiar foi constituído de duas partes. A primeira contendo informações gerais sobre a identificação do familiar tais como nome, parentesco, gênero, cor da pele, estado civil, idade, religião, ocupação, procedência, tempo após a doação, endereço e telefone; como, também, informações do doador tais como registro do hospital, nome, gênero, idade, cor da pele, estado civil, ocupação, procedência, data da admissão hospitalar, *causa mortis* e data do óbito.

A segunda parte da entrevista abordou o relato em vida da intencionalidade de doação do doador e uma pergunta geral: “como foi a experiência de sua família com o processo de doação do tecido ósseo?”. Ainda, algumas perguntas para auxiliar o entrevistador tais como: Os membros da família conversaram entre si sobre o assunto? Quais as repercussões na família referente à doação? Que outras pessoas do seu contexto colaboraram no processo de

doação? Como foi a relação da família com a equipe hospitalar? Durante a solicitação do osso qual foi a reação da família? Explicaram-lhes quais seriam os ossos que seriam retirados e como seria a recomposição do corpo? Esse tipo de doação já era de conhecimento da família?

II – Roteiro de entrevista – Profissionais da OPO

O roteiro para a entrevista com o enfermeiro da OPO foi constituído de duas partes. A primeira contendo informações gerais sobre a identificação do profissional tais como: nome, idade, tempo de experiência na área de doação e cursos de capacitação e especialização na área ou em outras áreas.

A segunda parte da entrevista abordou uma reflexão principal: *“Considerando que você é um enfermeiro experiente no que se refere ao acolhimento da família para a solicitação da doação dos órgãos e tecidos, gostaria que você fizesse uma reflexão sobre qual a diferença entre os familiares que concordam em fazer a doação do tecido ósseo, das que não concordam em efetuar esse tipo de doação”*.

Ainda, algumas perguntas para auxiliar no momento da entrevista tais como: Entendendo que a doação do tecido ósseo é pouco difundida entre a população, como você aborda a família neste quesito? Você sente alguma dificuldade em solicitar esta doação? Você explica quais os ossos serão retirados? De que forma? Você explica como será feita a reconstituição do corpo? De que forma? Ao serem abordados referente à doação do tecido ósseo, quais os sentimentos que os familiares demonstram normalmente? Quantas horas você estima, junto à família do doador, referente ao tempo total para a devolução do corpo? Você acrescenta um tempo maior quando há a doação do tecido ósseo? O que deve ser considerado na realização da entrevista familiar para a doação do tecido ósseo? Quais propostas você faria para aprimoramento da entrevista na doação de tecido ósseo? Quais propostas você faria para que pudessemos alcançar um maior conhecimento deste tipo de doação entre os profissionais de saúde, entre acadêmicos e a população?

4.7 Procedimentos de coleta de dados

Considerando as estratégias utilizadas para obtenção dos participantes do estudo, a coleta de dados deu-se inicialmente abordando os prontuários dos doadores de órgãos e tecido ósseo da OPO de Ribeirão Preto/SP, assim os elementos de identificação do doador e do

familiar responsável pela autorização foram incorporados ao roteiro de entrevista para a abordagem familiar (Apêndice A).

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

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

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

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

O trabalho de campo realizado compreendeu o período de março a agosto de 2017, respeitando-se as disponibilidades dos familiares; foi iniciado na cidade de Ribeirão Preto/SP por concentrar o maior contingente de doadores e, posteriormente, deu-se no município vizinho.

Para facilitação quanto à localização dos endereços com entrevistas agendadas, utilizamos a ferramenta computacional *Google Maps*[®]. E, de acordo com o agendamento, as entrevistas foram feitas pela pesquisadora.

Inicialmente, após nossa identificação e leitura do TCLE (Anexo C), este foi assinado e entregue uma cópia ao familiar, e uma segunda via permaneceu com o agente entrevistador para posterior comprovação.

Quanto ao local de realização das entrevistas dos familiares, esclarecemos que, conforme decisão dos mesmos, deram-se na residência dos respectivos familiares, tendo duração média de 30 minutos.

Assim, a composição inicial da população de 12 (doze) familiares foi reduzida devido à recusa de 1 (um) familiar, e a não localização de outros 2 (dois). Dessa forma, a amostra relativa aos familiares dos doadores foi integrada por 9 (nove) familiares de doadores de órgãos e tecido ósseo.

A **segunda estratégia** de acesso aos sujeitos do estudo foi a abordagem aos profissionais responsáveis pela entrevista familiar, integrada por 4 (quatro) enfermeiros com diferentes tempos de formação e que atuavam no processo de doação de órgãos e tecidos da OPO de Ribeirão Preto/SP, com os quais agendamos dia e horário para a realização das entrevistas, que ocorreram nas dependências do serviço da OPO, local privativo e confortável.

O trabalho de campo realizado com os enfermeiros da OPO compreendeu o período de agosto a setembro de 2017, respeitando-se as disponibilidades dos mesmos.

Inicialmente, após nossa identificação e leitura do TCLE específico (Anexo D), este foi assinado e entregue uma cópia ao profissional, e uma segunda via permaneceu com o agente entrevistador para posterior comprovação.

Quanto ao local de realização das entrevistas dos enfermeiros, esclarecemos que, conforme decisão dos mesmos, deram-se nas dependências da OPO, tendo duração média de 30 minutos.

A dinâmica das entrevistas seguiu a composição dos instrumentos de coleta de dados. Ou seja, foram aplicados os questionários com informações dos enfermeiros e gravadas integralmente em meio digital. O material foi integralmente transcrito e então elaborada sua síntese.

4.8 Processamento e análise dos dados

O conjunto dos instrumentos aplicados aos entrevistados recebeu um código alfanumérico, de acordo com a sequência de realização das entrevistas. A letra “E” foi utilizada para os enfermeiros da OPO e, a letra “F” para os familiares dos doadores.

Os dados obtidos com a aplicação dos questionários de informações socioeconômicas e demográficas dos familiares e enfermeiros foram tabulados no programa computacional *Microsoft Office Access*[®], analisados por meio de estatística descritiva e apresentados em forma de tabelas.

As narrativas produzidas por meio das entrevistas e transcritas em sua totalidade, passaram por um processo de revisão e toda referência que pudesse identificar os participantes ou pessoas por eles citados foram eliminadas, a fim de impedir a identificação dos sujeitos.

Para a exploração das narrativas, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, recorrendo às lentes do interacionismo simbólico para interpretação e discussão do material obtido. De acordo com Elo e Kyngas (2008), a análise de conteúdo é uma forma de organização dos dados que pode ser usada tanto para dados qualitativos, quanto para dados quantitativos, podendo ser realizada de maneira indutiva ou dedutiva. Nesta pesquisa o método indutivo foi adotado, pois, se não há conhecimento anterior suficiente sobre o fenômeno, ou se esse conhecimento é fragmentado, a abordagem indutiva é a mais recomendada (ELO; KYNGAS, 2008).

Categorias são derivadas a partir dos dados de análise de conteúdo indutiva. Já a análise de conteúdo dedutiva é utilizada quando a estrutura de análise é operacionalizada com base em um conhecimento prévio, cuja finalidade do estudo é testar uma teoria. Uma abordagem baseada em dados indutivos move-se do específico para o geral, de modo que os casos particulares são observados e, em seguida, combinados em um todo maior ou em um enunciado geral. Já a abordagem dedutiva é baseada em uma teoria anterior ou em um modelo e, portanto, move-se do geral para o específico (ELO; KYNGAS, 2008).

Assim, tendo em vista a problemática em estudo, elegeu-se a análise de conteúdo indutiva para a organização das narrativas geradas com as entrevistas em profundidade. Operacionalmente, a análise de conteúdo indutiva utilizada no presente estudo seguiu a proposta de Elo e Kyngas (2008), a qual foi composta por três fases principais: preparação, organização e elaboração de relatórios (resultados) do processo de análise.

A **fase de preparação** começou com a seleção da unidade de análise, que poderia ser uma frase, ou até mesmo parte das páginas das entrevistas. Segundo Elo e Kyngas (2008), a decisão pela unidade de análise mais apropriada depende da questão do estudo, do número de participantes e do tempo disponível para a discussão. Desse modo, optou-se pela unidade de sentido, que consiste em identificar o sentido contido em uma determinada fala ou trecho, geralmente formado por mais de uma linha/frase.

Vale salientar que, por conta disso, a utilização da unidade de sentido como unidade de análise tornou a exploração das narrativas difícil e desafiadora. Por outro lado, se a escolha tivesse sido demasiadamente estreita como, por exemplo, uma palavra, a análise poderia ter resultado em fragmentação dos dados (ELO; KYNGAS, 2008).

Inicialmente as entrevistas foram lidas linha por linha e os trechos que se referiam ao processo de doação do tecido ósseo e os aspectos que contribuíram para a decisão do familiar eram grifados e reescritos na forma do entendimento do pesquisador que analisava. O objetivo desse processo foi tornar a pesquisadora imersa nos dados, razão pela qual o material escrito

foi lido várias vezes. Nessa etapa não havia perspectivas que pudessem brotar a partir dos dados, sem que a pesquisadora *a priori* se tornasse completamente familiarizada com eles. Depois de os dados fazerem sentido, a análise foi conduzida utilizando a abordagem indutiva (ELO; KYNGAS, 2008).

Assim, **a fase de organização** incluiu a codificação aberta, as folhas de codificação, o agrupamento, a categorização e a abstração. Na codificação aberta, notas foram escritas nas margens do texto enquanto se realizava a leitura. O material escrito foi lido novamente e então novas notas foram realizadas ao longo do texto para descrever todos os aspectos do conteúdo. As notas foram então recolhidas, a partir das margens, para folhas de codificação (ELO; KYNGAS, 2008). Vale salientar que todo o processo de análise foi realizado de forma informatizada, com a ajuda do programa computacional *Microsoft Office Word*[®].

Após o recolhimento das notas em folhas/listas de codificação, estas foram agrupadas com o objetivo de reduzir o seu número (sintetização dos dados), por meio de semelhanças e diferenças de conteúdos entre elas. Nessa etapa, as categorias começaram a ser geradas livremente.

De acordo com Dey (1993), a criação de categorias não é simplesmente reunir observações que são semelhantes ou afins; em vez disso, os dados devem ser classificados como “pertencentes” a um determinado grupo, e isso implica uma comparação entre tais dados e outras observações que não pertencem à mesma categoria. A finalidade de criar categorias é o de proporcionar um meio de descrever o fenômeno, para aumentar a compreensão e gerar conhecimento.

Desse modo, cada categoria foi nomeada de acordo com a característica do conteúdo. Categorias com eventos semelhantes foram agrupadas em subcategorias, e subcategorias foram agrupadas em categorias principais. Esse processo, chamado de abstração, continuou na medida em que foi possível e razoável. Também foi acompanhado pela co-orientadora desta pesquisa, aumentando a confiabilidade dos dados obtidos.

Como resultado desse processo de análise das entrevistas com os familiares dos doadores e os enfermeiros da OPO, foram construídas três categorias temáticas: ‘contexto onde se dá o processo da solicitação de doação’, ‘fatores que facilitaram a decisão pela doação’ e o ‘resultado do processo de doação para o familiar’.

5 RESULTADOS

Para a apresentação dos resultados desta pesquisa, descreve-se inicialmente o perfil dos participantes do estudo, sendo os familiares dos doadores de órgãos e tecidos, os doadores e os enfermeiros da Organização de Procura de Órgãos. Em seguida serão apresentadas as categorias construídas a partir da análise das entrevistas que descrevem o processo da doação do tecido ósseo.

5.1 Caracterizações dos participantes

5.1.1 Familiares dos doadores de órgãos e tecidos

Foram entrevistados 9 (nove) familiares, sendo 2 (duas) mães, 3 (três) filhos, 3 (três) irmãos e 1 (uma) esposa. Dos 9 (nove) familiares, 7 (sete) eram mulheres. A faixa etária variou de 31 a 69 anos, com média de 46,5 anos. Os familiares eram em sua maioria brancos (6) e eram casados (7). Quanto à religião, a maioria declarou-se católica (7), possuíam ocupações diversas. A maioria (8) residia no município de Ribeirão Preto, estado de São Paulo.

Tabela 1 – Distribuição das características dos familiares entrevistados. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2018.

Familiares	(F1)	(F2)	(F3)	(F4)	(F5)	(F6)	(F7)	(F8)	(F9)
Gênero	F	F	F	F	M	F	M	F	F
Idade	58	43	31	66	37	43	36	69	36
Cor de pele	Negra	Negra	Branca	Branca	Negra	Branca	Branca	Branca	Branca
Estado civil	casada	casada	solteira	casada	casado	casada	casado	viúva	casada
Religião	católica	católica	espírita	católica	católico	católica	evangélico	católica	católica
Procedência	Sertãozinho	RP *	RP	RP	RP	RP	RP	RP	RP
Parentesco	irmã	filha	filha	irmã	filho	mãe	irmão	cônjuge	mãe
Ocupação	enfermeira	dona lar	secretária	dona lar	autônomo	diarista	garçom	dona lar	diarista
Tempo após a doação (meses)	11	16	10	9	12	14	13	15	9

*RP – Ribeirão Preto

Fonte: Elaborado pela autora.

Enfatiza-se que o período de, no mínimo, 3 (três) meses para o primeiro contato com os familiares foi respeitado buscando minimizar o impacto emocional que o tema poderia trazer.

5.1.2 Doadores

No que se refere ao sexo, 5 (cinco) doadores eram do sexo feminino e 4 (quatro) do sexo masculino. A faixa etária variou de 20 a 67 anos, com média de 50,3 anos; 6 (seis) doadores eram brancos e 3 (três) negros.

Quanto ao estado civil, 2 (dois) doadores eram solteiros, 6 (seis) eram casados e 1 (uma) doadora era separada. Quanto à religião, a maioria (7) era da religião católica, 1 (um) evangélico e 1 (um) espírita.

Tabela 2 – Distribuição das características dos doadores. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2018.

Doador	(D1)	(D2)	(D3)	(D4)	(D5)	(D6)	(D7)	(D8)	(D9)
Gênero	F	F	F	F	F	M	M	M	M
Idade	62	61	52	66	60	20	44	67	21
Cor de pele	Negra	Negra	Branca	Branca	Negra	Branca	Branca	Branca	Branca
Estado civil	casada	casada	separada	casada	casada	solteiro	casado	casado	solteiro
Religião	católica	católica	católica	católica	católica	católica	evangélico	espírita	católico
Procedência	Sertãozinho	RP *	RP	RP	RP	RP	RP	RP	RP
Ocupação	dona lar	dona lar	aux nutrição	dona lar	dona lar	moto boy	garçom	aposentado	moto boy
Causa Mortis	AVC-H	AVC-H	AVC-H	AVC-H	AVC-H	TCE	TCE	HSA	TCE

*RP – Ribeirão Preto

Fonte: Elaborado pela autora.

Dessas características, destacou-se que a *causa mortis* dos doadores do sexo feminino foi o Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVC-H). A *causa mortis* dos doadores mais jovens e do sexo masculino foi o Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) por acidente envolvendo moto *versus* carro e, ainda, um doador por Hemorragia Subaracnóidea (HSA).

5.1.3 Enfermeiros da OPO

Como foi assegurado no momento da realização da entrevista e documentado no TCLE preservar o anonimato dos referidos sujeitos, optou-se por utilizar apenas a denominação enfermeiro na caracterização. Participaram 4 (quatro) enfermeiras.

O **enfermeiro E1** tem menos de 40 anos de idade, está formado há 11 anos e trabalha com doação há menos de 3 anos. Já realizou cursos de comunicação de más notícias, ética e religião e manutenção do potencial doador, complementando seus conhecimentos sobre doação e transplante de órgãos e tecidos.

O **enfermeiro E2** tem menos de 65 anos de idade, concluiu o curso de enfermagem há 38 anos e atua no processo de doação há mais de 18 anos. Já realizou cursos de manutenção do potencial doador, comissão hospitalar e comunicação de más notícias, o que lhe permitiu acumular conhecimentos capazes de nortear seu cotidiano.

O **enfermeiro E3** tem mais de 60 anos de idade, está formado há 36 anos e trabalha com doação há mais de 18 anos. Na vida profissional já realizou cursos de manutenção do potencial doador, comissão hospitalar e doação de órgãos e tecidos.

O **enfermeiro E4** tem menos de 50 anos de idade, concluiu o curso de graduação em enfermagem há mais de 25 anos e trabalha com doação há menos de 5 anos. Em sua bagagem de conhecimento, possui curso de comunicação de más notícias e doação de órgãos e tecidos.

5.2. Fatores que facilitaram a doação do tecido ósseo

A análise das entrevistas realizadas com os familiares dos doadores e os enfermeiros da OPO indicou a presença de um contexto de sofrimento onde ocorre todo o processo de solicitação da doação e da tomada de decisão da família diante dessa solicitação. Assim, as categorias elaboradas, conforme pode ser observado na Figura 1, descrevem o contexto onde se dá o processo da solicitação de doação, os fatores que facilitaram a decisão pela doação e o resultado do processo de doação para o familiar. Na identificação dos relatos, utilizou-se a letra “F” para os relatos dos familiares dos doadores e a letra “E” para os profissionais enfermeiros da OPO.

Fonte: Elaborado pela autora.

5.2.1 Categoria 1: sentimentos envolvidos no processo de doação

Nessa categoria foi possível agrupar os sentimentos de **sofrimento** e **choque** desencadeados por ocasião da situação da internação e maximizados no momento em que a morte concretizou-se a partir das informações da equipe multiprofissional. Assim, esse momento foi descrito por alguns familiares como sendo **complicado** e de muita **dor**.

Ah é muito doido né?! A gente nunca passou por isso... então é **complicado** né. Na hora a gente não tava nem assim muito sabe... foi aquele **choque** né, porque a nossa mãe era tudo o que nós tinha, então nós ficamos **chocados**. (F2)

[...] mas como a gente tava ali **sofrendo**, a gente tava naquele **momento de dor** assim... nós não fizemos separação de nada. Apenas nós doamos só. (F5)

A dificuldade emocional a que os familiares dos potenciais doadores estavam submetidos apareceu nos relatos, o que permite definir como um **momento de decisão difícil e doloroso** seja pela recém-anunciada morte de seu familiar ou pela abordagem iminente dos profissionais da OPO, já que a doação precisa ser solicitada logo que a morte encefálica é determinada e o familiar deve pronunciar-se sobre a doação de forma rápida.

O processo todo não é fácil né! Na hora é muito **difícil**. Você acaba de perder... **o tempo é muito curto pra você tomar uma decisão**. Foi **difícil**... foi **muito difícil**, mas é importante isso, e aí nós achamos por bem doar tudo né. (F1)

Ah! Na hora a gente tava confuso né. **As decisões são muito rápidas**. A gente **tem que pensar tudo muito rápido**. Alguns detalhes eu não lembro porque a gente tá em **estado de dor** muito grande. Quando é acidente, essas coisas são muito rápidas e os detalhes não ficam muito gravados. (F7)

Olha... a princípio foi muito **difícil**. A gente tava muito fragilizada e não foi fácil não. (F8)

Ratificando os relatos dos familiares, os enfermeiros reconheceram que a solicitação da doação dos órgãos e tecidos ocorre em um **momento difícil** e de muita **tristeza**.

Lógico que é um **momento difícil** pra família né?! A entrevista familiar ela não é fácil para os profissionais também. Pra mim, acho que é a parte mais difícil de todo o processo. (E1)

Quando a gente aborda a família na questão de doação já é um tema muito **difícil**, porque a família já tá em um grau de **muita tristeza**. (E4)

Observou-se que, passado o primeiro momento de sofrimento após a comunicação da morte encefálica e posterior solicitação da doação dos órgãos, ao ser solicitada a doação do tecido ósseo, até então **desconhecida** pelos familiares, os mesmos se mostraram **chocados**, **assustados** e até mesmo **surpresos**, como segue:

[...] ficamos meio **assustados** né! Mas até o osso? Aí eu percebi que é de verdade. **Ninguém tem conhecimento** que o osso pode ser doado né... eu realmente não sabia nada de concreto. Ninguém sabia. (F1)

[...] **não sabia**... por isso que ficamos **chocados**. Sabia só dos órgãos mesmo né. (F2)

Na hora a gente **não sabia** assim dos ossos né. Tanto é que ela falou sobre a doação dos ossos e a gente ficou assim realmente **chocados** no momento. É uma coisa diferente assim. A gente sabia sobre os órgãos, mas sobre os ossos não. (F5)

Pra mim foi até **uma surpresa** porque eu **não sabia** que tinha essa doação de ossos. Os outros órgãos eu sabia que doava né. No caso do meu filho doou as córneas, doou o coração, doou todos os órgãos. Quando chegou no momento dos ossos, eu mesmo **não tinha conhecimento** que poderia doar os ossos e chegou na hora ela falou né. (F9)

Os enfermeiros reconheceram que, ao falar da doação de tecido ósseo para os familiares do doador elegível, o momento tornou-se ainda mais delicado, causando apreensão, **espanto**, **susto**, **surpresa** e **medo**. Segundo os relatos dos enfermeiros, os familiares assustaram-se frente a essa possibilidade, reagindo inicialmente negativamente, seja pelo **desconhecimento da doação**, ou ainda, pelo **medo da deformidade do corpo**, como seguem:

Então... tem família que **se assusta** bastante em relação a doação de ossos, principalmente porque **não tem conhecimento** de como é feita essa doação, porque eles acham que a gente vai entregar pra eles um saquinho de lixo. Assim... tô esse aqui é seu parente, o falecido pra você enterrar. Eu acho que a família pensa né, o que será que eu vou levar pra velar quando eu falo em osso né!? Acho que a família pensa assim: Meu Deus! Quando ela fala do osso, fala em doação de osso, **não vai sobrar nada pra eu levar pra velar**. Então por isso que eu acho que a **família se espanta** quando eu falo de doação de osso. (E1)

A maioria das vezes a gente percebe um **espantamento** mesmo! A pessoa **se espanta** porque é uma coisa que ela não ouve falar né... e ela fica um pouco assim **apreensiva**. Ela pergunta: mais pra quê? Ela se **assusta** e ela fala que

nunca ouviu falar, ela não sabe pra que serve a doação de osso. Também, na hora que eu falo do osso, a família fica um pouco **surpresa**. Mas também, às vezes ela fica **muito assustada** e não sei o que passa na cabeça, se é a **deformação do corpo** ou sei lá o que, que ela bloqueia e não doa. Eu acho que por ser uma coisa nova, ela **assusta**. Também, às vezes, no primeiro momento a gente percebe que a reação da família é de não doar. A gente percebe **medo** mesmo, **medo** do que vai acontecer, como é que vai tirar esse osso, como esse corpo vai ficar para o velório. (E2)

Então eles se **assustam** porque acham que doar osso é tirar todo o osso e não enterrar nada. Ainda tem essa cultura e eu acho que é isso que a gente precisa trabalhar. Tem aquela ideia de que ossos não, a primeira palavra é que ossos não. A família tem uma negativa assim... **medo**! Realmente a família diz: não... não! Osso não! Eu sinto **repulsa de mutilação**, eles acham que não vão enterrar nada. Por exemplo: o fígado tá lá, fechadinho, dentro do abdômen. Agora o osso é a estrutura do organismo da pessoa, então parece que não vai enterrar nada. Então é essa a ideia. Inclusive nós tivemos uma vez uma família que doou o osso e a família ficou muito assim depois... ligaram várias vezes achando que passava a mão e não tinha nada no braço, depois do braço sabe. Mas como poderia se não foi nem tirado... tinha tirado o osso do fêmur só, mas na ideia da família ela tinha essa concepção que tinha tirado tudo. Ela falava: mas parece que eu enfiava a mão dentro da camisa do meu irmão e parece que não tinha nada... só tinha uma pele, uma coisa... E a gente foi falando né que não, mas a sensação da família era essa, porque ela ficou com aquilo na cabeça dela... que tinha tirado todos os ossos. (E3)

Enfim... quando a gente aborda o tema ossos a família dá uma brechada, ela levanta, ela fica **assustada**. Na entrevista toda, a gente vai ficando mais íntimo assim com a família e quando a gente vai abordando os ossos em si a família vai ficando **um pouco constrangida**, um pouco assim, **com medo**. A família realmente têm assim esse **medo diante da deformidade**. Observo que o sentimento é de **medo** porque eles têm **medo de ter algum tipo de deformidade** e eu acho que a família já tá emocionalmente muito abalada, com uma dor da perda muito grande e todo esse **medo da deformidade** acaba sendo assim um impedimento mesmo. (E4)

5.2.2 Categoria 2: fatores que influenciaram a tomada de decisão da família

5.2.1.1 Manifestação em vida do doador

Nesta categoria, observou-se um menor conflito em relação ao consentimento da doação de órgãos e tecidos quando os **familiares conheciam o desejo do falecido de ser um doador**. Esse conhecimento contribuiu para que os familiares se sentissem habilitados e mais seguros em tomar a decisão.

Em um caso, o familiar relatou que eles falaram em doação antes mesmo de a equipe abordá-los para tal, pois era vontade da pessoa falecida:

Quando a gente teve a notícia da morte encefálica dela, eu e meu irmão se abraçou (filhos) e chorou como normal. A perda foi muito grande porque ela era muito nova, uma pessoa muito viva e a gente falou antes mesmo de chegarem a oferecer sobre doação, que podiam doar tudo... e aí a gente ofereceu. **A gente conversou a vida inteira (família toda) e sempre foi uma manifestação dela. Nós sabíamos que era vontade dela e foi feita a vontade dela.** (F3)

Ainda:

Então... a gente não teve dúvida porque **era a vontade dele** mesmo de doar todos os órgãos. (F7)

[...] mas aí depois eles explicaram pra gente a importância da doação e **era uma vontade dele** também e a gente conseguiu passar e doar. (F8)

Os enfermeiros certificaram que, quando existe o **conhecimento prévio da vontade do falecido** em ser um doador, ou ainda, o **desprendimento total a favor da doação do familiar**, normalmente, apesar do receio, não há manifestação contrária à doação do tecido ósseo.

Mas geralmente a família que já quer doar, **que o falecido já deixou registrado isso em vida**, que queria ser doador, que pode doar tudo... às vezes nem pergunta né o que vai retirar, que já quer doar. Eles falam: **ele queria, era a vontade dele, pode doar tudo.** [...] e tem família também que não aceita a doação total porque acha que como já é um processo muito demorado, fala assim: tira só o fígado e o rim porque eu quero enterrar logo. Sabe aquela coisa de que quero velar logo e enterrar logo? Mas eles têm um pouco de **receio** sim em relação à doação dos ossos. (E1)

Eu percebo que a família que concorda com a doação de osso é aquela família que é **completamente disposta a doar**, que ela chega e fala assim pra mim: olha eu quero que aproveite tudo o que for possível, tudo! Então quando você fala do osso ela nem manifesta nada, ela fica tranquila, ela fala que não tem problema. (E2)

5.2.2.2 Presença de membros chaves para decisão

Um aspecto observado nos relatos dos familiares diz respeito ao funcionamento familiar expresso pelo compartilhamento de sentimentos e ideias entre os mesmos, **o consenso entre eles**. Observou-se que os familiares decidiam também quais membros da família deveriam ou não participar da tomada de decisão sobre a doação. Tais elementos são importantes e capazes de favorecer na efetividade da doação, sem muitos conflitos.

Todos participaram da decisão. Meus dois irmãos e principalmente minha irmã. Eu acho muito importante uma pessoa só não tomar a decisão e sim a família toda ou mais um né, pra que a gente não fique com aquela... sobrecarregado com essa decisão que é tão importante. (F1)

[...] foi assim, reuni a filha dela, a família toda, os outros irmãos e baseado naquilo que eu sabia, o pouco que eu sabia né, eu consegui passar pra eles e aí **nós todos decidimos em comum acordo**. Achamos melhor doar o tecido ósseo também. (F2)

[...] aí ele (esposo) falou: então tá bom, então pode doar. Aí o filho tava lá também, o filho deles, maior de idade, que concordou também. **Todos concordaram com a doação**. Ninguém ficou bravo, ninguém ficou desanimado, ninguém ficou nada. (F4)

[...] conversamos quando chegou a opção da doação pra gente. Nós nos reunimos né, somos três irmãos e **optamos em comum acordo**, sem discussão. (F5)

Tava eu (mãe), minha vizinha e meus dois irmãos. Aí teve um irmão que perguntou muito como se tratava esse negócio de doação. Minha amiga que é minha vizinha e meu irmão que falou muito que era muito bom. Ele foi quem mais deu apoio. (F6)

Conversamos... Eu (esposa atual) com a filha dele, mais o filho, aí **eles também concordaram**. (F8)

Na tomada de decisão pela doação, os ‘familiares chaves’ consideraram também a decisão de **omitir** a doação do tecido ósseo de outros membros da família, considerados menos importantes, e que poderiam não entender a decisão. Como narra o familiar:

Os filhos e o marido concordaram com a doação dos ossos, mas o restante da família dela não sabe. Só quem sabe é quem estava lá na hora... isso **foi omitido** do restante da família. O marido dela pediu pra mim (irmã) não comentar com ninguém. Aí eu falei: eu acho bom não comentar porque são pessoas simples e ignorantes. Eles nem aceitariam a doação dos órgãos quem dirá dos ossos. (F4)

Os enfermeiros nada relataram sobre a reunião familiar para a tomada de decisão da doação de órgãos e tecidos.

5.2.2.3 Opiniões religiosas

Em alguns relatos observou-se que também houve **busca por instituições religiosas**, como centro espírita e igreja cristã, para ajudar os familiares na tomada de decisão.

O Pastor da Igreja Quadrangular, nossa Igreja Evangélica **ajudou...** mas a gente já sabia né que tinha que doar. (F7)

Como ele era espírita e eu não conheço a doutrina, eu perguntei para o Presidente do Centro Espírita onde ele frequentava se na doutrina tinha alguma coisa que falasse que fosse contra ou não. Aí eles disseram que **não eram contra**. (F8)

Em outros relatos observamos que alguns familiares acreditam que a morte está intimamente relacionada com o **corpo** e o **espírito**, sendo o corpo finito, mas o espírito podendo “continuar em outras vidas”.

Eu sou da opinião que nós estamos aqui de passagem. Enterrou nosso corpo acabou né!? O que importa é o **espírito**. Então os ossos não vão fazer falta depois. Pra quê? Se pode ser útil pra alguém né? (F4)

Jesus ensinou que o amor maior é a vida. Importante doar um órgão, um corpo, um rim, porque **não vai mais usar**. Acho que todas as pessoas tinham que doar tudo porque é algo que **vai perecer na terra**, vai voltar pro pó. (F7)

Os enfermeiros nada relataram sobre a necessidade dos familiares em buscar opiniões religiosas para a tomada de decisão da doação.

5.2.2.4 Acolhimento da equipe multiprofissional

Nos relatos dos familiares observou-se que um dos principais fatores que influenciou no sucesso da entrevista familiar, e consequente efetividade da doação, foi o **acolhimento** dispensado a toda a família. Os familiares relataram que, durante toda a trajetória de internação do seu familiar, os profissionais de saúde atuaram de forma humanizada, oferecendo-lhes suporte emocional e explicações referentes à evolução clínica de seu familiar, como exemplificam os seguintes relatos:

A gente foi muito bem acolhida. Muito bem! Na hora de falar que não tinha mais jeito... desde o princípio. Todo, todo o processo. Então todos nós **fomos muito bem acolhidos**. (F1)

A gente foi muito **bem orientada**. A gente não teve problemas em relação a isso. Toda dúvida que a gente tinha, a gente era muito **bem esclarecida**. Até mesmo na hora da morte encefálica eles foram muito claros... desde o começo os médicos foram muito transparentes sobre o que tava acontecendo... o estado que a minha mãe tava. (F3)

[...] fomos muito **bem atendidos**. Os médicos sempre estavam atentos à gente. Sempre trazendo notícia. (F5)

Fui bem acolhido. Sobre o hospital fui **bem acolhido** mesmo. (F6)

O hospital perfeito! Nossa nem parece público! Parabéns! Sensacional! Nem tenho o que dizer. Graças a Deus! Apesar de ser público e ele ter vindo a óbito, mas mesmo assim! Mesmo que não teve êxito, mas foi espetacular. Parabéns! A gente não é do ramo né, mas a organização deles, a doação deles, a conversa, a **atenção**. São profissionais! (F7)

Olha... eles foram assim muito sinceros com a gente e nunca esconderam da gente a gravidade da situação. Sim... foram assim um pessoal **acolhedor**. (F8)

Não houve relatos dos enfermeiros quanto à implicação do atendimento dispensado aos familiares e potencial doador, desde a internação até o momento da comunicação da morte encefálica e posterior solicitação dos órgãos e tecidos.

5.2.2.5 Acolhimento dos enfermeiros da OPO

Os enfermeiros consideraram como elementos dificultadores e grandes complicadores para a doação e disponibilização do tecido ósseo o **desconhecimento da doação** e o **medo da deformidade do corpo** por parte do familiar, tornando o **momento difícil e complicado**.

A gente sempre achou que era **difícil**, sempre achou **muito dolorido** pra família a doação de osso, sempre foi **uma coisa muito nova**, surpreendente, a família assusta, mas ainda tem a doação. Eu acho que no primeiro momento existe o **medo mesmo da deformidade**. Tem família que fala o que é que eu vou enterrar? Como vai ficar esse corpo? (E2)

Olha, realmente é **meio complicado** ainda o tecido ósseo ser disponibilizado para doação. A família não entende... **não tem o conhecimento**. Parece até que é quando a gente em 1998 começou a trabalhar com doação a hora que você fala do tecido ósseo, porque **não se tem esse conhecimento**, não tem a divulgação, o que pode ser doado, pra que serve, **então as famílias não têm esse conhecimento**. [...] mas assim... a gente tem visto assim que quando é família que tem gente assim mais de idade, a gente vê que a negativa é muito maior, muito mais acentuada do que os mais jovens. (E3)

Eu acho... sinto assim que a doação em si acabou pecando no sentido de falar assim: doar coração, fígado, rim... e não falou muito no tecido ósseo principalmente. Então, criou essa cultura do que realmente eles vão enterrar. Inclusive eles falam: ah **vai ficar deformado**? Então eles tem muito essa ideia, essa **falta de informação**. (E4)

Objetivando **superar a insegurança** da família quanto à doação dos ossos, os enfermeiros explicam sobre a **importância da doação** e, de forma detalhada, **quais ossos seriam retirados e como seria entregue o corpo para o velório**, como segue:

A família se espanta quando eu falo da doação de ossos e a minha reação é tentar explicar pra família como é que funciona esse procedimento. Eu acho que é **importante a informação pra família de como é feito o processo da doação de ossos**, pra eles poderem entender e **decidirem com mais segurança** em relação a essa doação. Eu já fiz uma entrevista com uma família que a hora que eu falei da doação dos ossos a família disse: não, não! Ossos nós não vamos doar não! Aí eu disse: mas eu posso te explicar como é que funciona? A família falou: tá, explica. Aí a família aceitou doar o osso. Eles falaram: ah é assim que acontece? Então tá bom. Então nós vamos doar. Pode doar. **Eu explico que só tira os ossos dos membros superiores que são os braços e os ossos das pernas** e que não tira mais de local nenhum, das mãos, dos dedos, da face, e que **coloca uma prótese** como se fosse fazer uma cirurgia da ortopedia, que faz um curativo e que fica imperceptível. (E1)

Quando a família fica assim muito surpresa eu tento tratar de uma maneira mais tranquila possível que você pode não doar o osso, que não é o fim do mundo, mas que é pra ser falado é pra ser perguntado e é pra ser pensado. [...] Aí a partir daí é que a gente começa a explicar o que é a doação de osso e **a importância da doação de osso, como é feita a retirada do osso**, em que momento esse osso vai ser importante para as outras pessoas que vão receber esse osso. [...] nesse momento a família começa a... eu acho que começa a pensar na possibilidade, mas no primeiro momento ela se assusta. E a gente vai explicando... e a gente deixa bem claro pra família que ela **vai receber o corpo sem nenhuma deformidade**, que no lugar do osso vai colocar uma **prótese** e que essa prótese vai ser muito parecida com o movimento da perna, que vai ter uma sutura, que vai enfaixar e que se a família não falar que houve essa doação para as pessoas que vão no velório, ninguém vai ficar sabendo. (E2)

Então o que a gente vê é que quando tem pessoas que é da área do banco, que trabalha, que têm participado com a gente e **explica o porquê que serve**, fala pra onde que vai, como é que vai ficar as pessoas, já temos desmistificado. Aí a gente vê que nesses casos a família doa. A família que falou “não” no primeiro momento e as pessoas falam se podem só explicar o que que é, mas que não precisa doar, aí depois a família diz: ah então é isso? Se ela quiser ouvir o que a gente tem a explicar, a gente até explica, o que é, pra que serve, que vai colocar uma **prótese**, que vai enfaixar e **é só da perna** e que se ela não contar em órgão nenhum, ninguém vai ficar sabendo. (E3)

Mas a gente **esclarece assim como é feito**, que é uma coisa tranquila, que **não vai ter deformidade no corpo**, que existe uma lei federal que protege a família na hora da doação, que se a família tem algum assim medo de deformidade isso não vai acontecer e que o tempo do velório vai ser o mesmo e que não tem nenhuma contraindicação até pra tranquilizar a família. Tem família que no final concorda e tem família que não. E assim, de todas as famílias que eu entrevistei até hoje é um percentual muito pequeno a que doa ossos. Eles perguntam o que eu vou enterrar? **Aí a gente**

explica: olha é os grandes ossos, fêmur e a gente fala que a incisão é posterior, a gente explica assim como é feito, que coloca uma **prótese**, que essa prótese é até articulada. Que se uma pessoa for no enterro e a família não falar que fez a doação dos ossos, essa pessoa não vai saber. (E4)

Corroborando com os relatos dos enfermeiros da OPO, observou-se nos relatos dos familiares que a linguagem utilizada pelos profissionais da OPO na condução do acolhimento familiar e a maneira como a equipe oferece a informação de **como seria a reconstituição do corpo do doador elegível** passam a ser aspectos decisivos no processo pela decisão dessa doação, como seguem:

[...] **foi muito bem explicado**. Que seriam os ossos do braço né?! E acho que da perna e que o corpo ia ficar perfeito. E ficou! Não se notava nada! Eles iam botar alguma coisa no espaço... **uma prótese**. (F1)

[...] ela falou que era feita uma prótese, **colocado uma prótese. Que não tem deformação**... isso ela explicou tranquilamente. Aí informaram que era usado para fazer prótese dentária, pra pessoas que sofrem de câncer ou pra um acidente de moto e a gente manifestou o interesse de doar inclusive os ossos. (F3)

O médico explicou que eles fariam um corte lateral na perna né, retirava os ossos e faria um tipo de **uma prótese** pra colocar no lugar, pra não ficar vazio. Aí eu falei tudo bem, mesmo porque **colocar a prótese** pra ninguém perceber já tá ótimo! Porque já pensou se alguém resolve mexer nas pernas dela? (F4)

[...] diziam que **ia ser recomposto com algum outro tipo de material** pra poder ficar normal ali. Eu lembro que seriam os braços assim... eu não recordo direito... (F5)

Aí eles falaram que iam tirar uns ossos... mas eu não lembro qual. Falaram que ia botar todo o corpo perfeitinho. E entregaram todo perfeito. (F6)

A hora que ela falou do osso ela explicou que também o osso ia beneficiar várias pessoas e aí eu perguntei: como é que você vai me devolver ele se vocês vão tirar o osso dele? Aí explicaram que eles colocariam **uma prótese** e que **não ia ficar mutilado**. (F8)

Até a gente ficou com medo do reconhecimento do corpo dele... de terem modificado ele... mas não, eles se comprometeram a entregar ele como se nada tivesse acontecido, de ter doado, e tava perfeito. [...] ele tava perfeito, não parecia que tinha doado os ossos... tava perfeito mesmo. (F9)

Frente aos elementos dificultadores relatados acima, os enfermeiros enfatizaram que ainda sentem **dificuldade e insegurança** para solicitar a doação do tecido ósseo, fazendo com que venham a sentir **receio de perder a doação dos órgãos**, anteriormente autorizada pelo familiar, como segue:

[...] como a gente tinha esse **receio** de falar no osso, talvez a gente até passasse esse sentimento né para o familiar. Hoje eu já percebo família, que quando eu falo na doação de osso, ela **fica tão revoltada que quase ela não quer doar mais nada**. Então isso traz um **certo receio** pra falar da doação de osso. (E2)

[...] e a gente também é culpada, no sentido de quando a gente vai falar de uma doação de órgãos, a gente fala muito assim, coração, fígado, rim... e a gente realmente também nunca nos preocupamos tanto com a doação do tecido ósseo. Quando a família fala “não” e a gente pergunta porque do não, ela fala não, não quero mexer, **já não tá sendo bom doar os órgãos?** (E3)

Quando a família é favorável à doação dos órgãos ela não tem ideia da captação de ossos. Aí eu sinto que às vezes até a família **pode chegar a não doar nada por conta da solicitação dos ossos**. A família observa que mesmo nós profissionais que realizamos as entrevistas temos um pouco de dificuldade. A nossa intenção é a doação e na hora que a gente cita os ossos a gente assim sente que a família sobe uma porta e se fecha, **e a gente tem muito medo de perder o restante**. Eu acho que o entrevistador é o grande responsável pela aceitação da família. Acho que é difícil pra todo mundo né, para o familiar muito mais, mas para o profissional que trabalha **é difícil também pedir osso. Estar explicando e agir com naturalidade é difícil**. (E4)

5.2.2.6 Treinamento dos enfermeiros da OPO

Os enfermeiros relataram que a **capacitação profissional** pode vir a ser um **elemento facilitador** de grande poder de intervenção, garantindo a uniformidade da comunicação, contribuindo para a otimização do processo de doação de tecido ósseo para transplante.

Relataram ainda que, no início de suas atividades, também não tinham um bom conhecimento sobre a técnica envolvida e a importância da doação do tecido ósseo, quais ossos seriam retirados e como seria a recomposição do corpo. Assim, tinham mais dificuldade para esclarecer a família e, portanto, para conseguir autorização para a doação dos ossos. Reconhecem ainda, que agora que estão mais informados, conseguem transmitir com mais técnica e tranquilidade as informações detalhadas que facilitam a doação. Nesse aspecto, alguns profissionais contextualizaram desde o momento que iniciaram a solicitação do tecido ósseo até os dias atuais, como segue:

Olha, eu acho que mais capacitação para os profissionais seria interessante. (E1)

A gente teve um início que a gente fazia essa abordagem com a família e era uma coisa que a gente fazia um pouco sem preparo né. Era uma coisa que a gente desconhecia e era muito difícil, mas a gente conseguia alguns doadores

sim, mas a gente não tinha noção do que acontecia... para o que era esse osso e onde é que era guardado. Mas teve um período que a gente solicitou a doação de osso para a família. Depois de um tempo acabou, não tinha mais e a gente passou um período muito grande sem solicitar o osso para a família e agora há mais ou menos uns seis anos, por aí, a gente voltou, por orientação da central a pedir novamente, a solicitar pra família a doação de osso. Acho que no início, eu não sei se a nossa visão de doação de osso era limitada e a gente... não sei se a gente sentia ou se não sentia... mas era uma coisa estranha falar em doação de osso. Mas como a gente agora conhece melhor como é o processo, qual a importância da doação de osso, eu particularmente consigo falar com um pouco mais de tranquilidade sobre a doação de osso, como se fosse os outros órgãos. A importância assim de colocar no mesmo nível de igualdade dos órgãos, mas... mais capacitação seria interessante. (E2)

Outra coisa é que antigamente não se pegava tecido ósseo, pegava-se muito pouco e tem alguns critérios que pode e que não pode e então eram muitas coisas que também a gente não sabia disso. A gente solicitava... se a família doou sim, se não doou, tudo bem. Mas a gente nunca explicava porque que era, como é que ia ficar. Eu acho que isso a gente tem mudado, essa cultura nossa explicando realmente o que vai ser doado. Isso eu acho que ainda não acontece com as outras equipes da região, porque também não tem a informação... tem a mesma cultura que nós tínhamos antigamente, por isso tinha que ter uma capacitação. (E3)

Eu acho que um treinamento para a equipe que trabalha com entrevista junto com o pessoal que trabalha com doação, captação e transplante de osso seria bom. Eu acho que isso deveria ser uma coisa natural, normal pra gente. Eu acho que estando natural pra gente a gente consegue convencer com mais facilidade. Eu acho que a vida é sempre um aprendizado e a gente não pode parar no tempo. E eu acho que a gente tendo conhecimento e certeza do que a gente tá falando eu acho que isso transparece para o familiar porque o familiar independente do nível social ou econômico ele tem muita sensibilidade, porque ele tem conhecimento de vida e quando você tá fazendo a entrevista ele lê nos seus olhos que você tá insegura. Se você tiver segurança, ele vai sentir firmeza e confiar em você porque essa confiança na hora da entrevista é muito importante. (E4)

Ainda, houve narrativas dos enfermeiros mencionando que a formação para os profissionais da área da saúde também melhoraria a atitude dos mesmos, superando os obstáculos que o desconhecimento desencadeia durante todo o processo de doação do tecido ósseo nas instituições hospitalares, como seguem:

[...] até mesmo os profissionais da saúde não sabem. Eles acham que não vai sobrar nada pra eles enterrarem. Então eu acho que se também eles começarem a ser informados, eu acho que esse processo pode vir a melhorar. (E1)

É uma coisa que até mesmo o médico de dentro do próprio hospital, quando você fala em osso, não sabe. Já até mesmo um intensivista me perguntou: osso? Pra que osso? E mostrou aquela cara de surpresa. (E2)

5.2.2.7 Campanhas

Os familiares relataram que um aspecto que poderia colaborar para facilitar a doação do tecido ósseo são as campanhas públicas. Alguns participantes chamaram a atenção para o fato de as campanhas públicas para doação estarem voltadas para a doação de órgãos e da córnea e não abordarem a doação do tecido ósseo. Afirmaram ainda que acham importante que a população, como um todo, pudesse receber informações a respeito.

Precisa conscientizar mais as pessoas da importância da doação do osso. Passar esse conhecimento... divulgar mais esse conhecimento pra que mais pessoas sejam melhor informados. (F1)

É uma coisa que não é divulgada, não é dialogado sobre isso e a gente achou muito interessante. E todo mundo que a gente comentou sobre isso, achou interessante. Todo mundo usou a mesma frase: nem sabia que podia doar osso. Hoje em dia a acessibilidade é muita e eu nunca tinha ouvido falar nada em relação a doação de osso. E o que a gente vê muito, porque ela foi muito bem clara é que é muito usado em pessoas que sofrem acidentes. Aqui tem acidentes de motos todos os dias, todos os dias. Então nesse mês de setembro que é o mês do setembro verde, se fala sempre em doação de órgãos. Não é usada a palavra órgãos e ossos. Eu não sei se um osso é um órgão. Mas eles não falam. Sempre é doação de órgãos... doação de órgãos... (F3)

A população tem que ser informada e incentivada porque onde salva uma vida não é nem incentivo, é uma obrigação, um mandamento de Deus pra isso. Acho que todas as pessoas tinham que doar tudo porque é algo que vai perecer na terra. (F7)

Ainda, da mesma forma que os familiares relataram que a doação do tecido ósseo para transplante deveria ser mais divulgada para a população por meio de campanhas, os enfermeiros consideraram a educação da população, uma ferramenta valiosa e necessária na promoção de um maior entendimento e otimização de todo o processo, permitindo uma reação menos traumática das pessoas no momento da solicitação desse tecido.

Então isso é novo e tem que divulgar mais e também talvez a gente possa passar esse sentimento de que osso é uma coisa que, sabe, é estranha de doar. Então a gente precisa de tranquilidade pra falar disso como a gente fala do coração, dos outros órgãos. Tranquilidade de falar no mesmo nível de importância, com a mesma tranquilidade e... quando a família ficar assustada e falar que não... não... osso não porque não conhece eu falo que não tem importância, pra ficarem tranquilos, que é uma doação importante mas que se eles não querem doar nesse momento, a gente vai aceitar. (E2)

É falta de conhecimento. Em todas as campanhas você vê doação de órgãos e órgãos e não associam doação de tecidos. Tem que divulgar! (E3)

Eu acho que deve divulgar mais na comunidade esse tipo de doação de ossos porque a doação de órgãos ela acaba sendo divulgada na comunidade numa forma muito romântica, assim, por exemplo: “meu ente querido vai estar vivo em outra pessoa”, “eu vou ajudar muitas pessoas”. Acho que a realidade nossa acaba virando uma coisa assim de ilusão e eu acho que as pessoas têm que ter maturidade, tem que ter pé no chão e estar preparada para a morte, porque todo mundo vai morrer um dia, e também preparada para a decisão, porque você é um adulto que tem que tomar uma decisão e tem que saber de todas as implicações. Então eu acho que a comunidade tem que ser esclarecida de uma forma mais real, realista, não numa forma assim mais romântica, de ilusão. Isso acabaria facilitando nosso trabalho nas entrevistas para a doação. (E4)

5.2.3 Categoria 3: *fazer o bem*

Nesta categoria, observou-se que o consentimento da família e o sentimento de conforto que se apresentou relacionada com o pensamento de “**ajudar o próximo**”, deixou transparecer a emoção ao se colocarem no lugar daquele que necessita de órgãos e tecidos e que, assim, poderiam amenizar a dor de outro paciente, possibilitando-lhe mais uma oportunidade de vida. Como narram os familiares:

Foi assim... apesar de ter perdido a minha irmã, foi assim... pensar que a gente tava **fazendo o bem para outras pessoas**. É... foi bem aceito assim sabe?! A gente sentiu assim meio que leve até né de saber que não tinha mais serventia pra ela né, então todo o osso, todo o corpo, a matéria serve pra ajudar outras pessoas que precisam, que tá aí sofrendo né?! (F1)

A questão de doação é que quando chegaram e perguntaram pra gente sobre a doação, a gente optou em doar pra **poder ajudar outras pessoas**. Minha mãe tinha um coração assim... de ajudar pessoas e nós tentamos fazer essa vontade. (F5)

Eu acho que é uma coisa que **ajuda as outras pessoas** a viver mais tranquilo, porque esse negócio com osso é uma dor... é uma dor muito impossível, e aí ajuda aquela pessoa né. O que eu acho assim... que eu sinto assim... alguma pessoa que sofrer com esse problema de morte, doe pra outras pessoas de coração, porque serve cada vez mais né. (F6)

Em algumas narrativas, observou-se que a decisão da família pela doação dos órgãos e tecidos também traz a possibilidade de “**dar uma chance de vida**” a outra pessoa. Assim, a possibilidade de “salvar a vida” no caso dos órgãos e de dar “qualidade de vida” no caso dos tecidos, os faz **sentirem-se bem**, como relataram os familiares:

Quando a gente assinou os papéis na segunda de manhã pra liberação da captação dos órgãos, a gente voltou pra casa e a gente só conseguia pensar que, enquanto todo mundo ficava rezando dizendo que há uma esperança pra minha mãe reviver, o que a gente sabia que não ia acontecer, a gente só conseguia pensar que a gente tava esperando uma ligação pra fazer o velório dela, enquanto isso outras pessoas estariam recebendo uma ligação que a pessoa ia ter **uma chance de vida...** ou de voltar a enxergar ou de ter um coração. (F3)

Eu me sinto bem em saber que amanhã de alguma forma eu colaborei pra que alguém amanhã fique bem numa cirurgia óssea. Minha consciência tá tranquila. Então se ele (esposo) doou os órgãos dela saiu do coração dele. O que ia fazer com aquilo tudo debaixo da terra? Nada! **Deve ter servido pra alguém né?! Serve pra muita coisa!** Então, se vai pra terra comer, que sirva pra alguém ser beneficiado. Mas tudo bem... fizemos a nossa parte e o resto é lá com Deus né?! (F4)

Eu achei que pra mim era normal porque já ia tirar todo o resto das coisas e **era bom** uma pessoa tá com esse osso porque ia ter uma pessoa a mais vivendo com esse pedacinho dele. (F6) [Mãe confidenciou após entrevista, que durante conversações em família, o doador que sempre amou andar de moto, dizia que caso algum acidente acontecesse e ele morresse era para doar tudo o que podia, pois quem sabe, “alguma coisa dele” fosse “parar em alguém” que gostasse de andar de moto. E assim, indiretamente ele iria continuar a andar de moto após sua morte.]

Eu recomendo que, quando acontecer isso, a morte... que doe... **salva bastante gente.** O que não pôde fazer por ele, pode fazer pra outro. Assim, cada pessoa tem um osso... tem as córneas que fez alguém enxergar... tem um coração que bateu... tem os rins... tem o fígado... tem tudo né pra doar. (F9)

De um modo geral, o processo da doação de órgãos e tecido ósseo para transplante, pela óptica dos familiares e enfermeiros da OPO, apresenta-se como uma situação de dor e tristeza. Frente ao fato de a doação de órgãos, córneas e sangue serem mais divulgadas na mídia, observou-se que a solicitação da doação do tecido ósseo envolve o “desconhecido”, gerando espanto, choque, surpresa, dúvidas e medo da deformidade do corpo do ente querido, levando os enfermeiros, em alguns momentos, a se sentirem inseguros, pois essas reações podem levar os familiares a desistirem da doação dos órgãos já autorizados anteriormente. O conhecimento da decisão do falecido em ser um doador e a conversa entre os familiares considerados relevantes no momento da decisão pela doação favoreceu para a tomada de decisão.

O que muito contribuiu para a doação do tecido ósseo foi o relacionamento dos familiares com os profissionais da equipe do hospital que acompanhou o falecido desde a internação estabelecendo um relacionamento acolhedor e humanizado. Outro fator que contribuiu para compreensão da família referente a esse tipo de doação foi como os enfermeiros da OPO procederam nas explicações de todo o processo, desde a importância da

doação, quais os ossos que seriam retirados e como seria a recomposição do corpo. Para alguns familiares, a crença em “ajudar o próximo” deu suporte ao sofrimento vivenciado na situação de morte para a tomada de decisão.

Os enfermeiros relataram a necessidade de participarem de capacitações voltadas para a doação e captação do tecido ósseo, no sentido de poderem atuar nesse contexto com maior tranquilidade e clareza junto aos familiares. Ainda, assim como foi dito pelos familiares, os enfermeiros ressaltaram a necessidade de campanhas públicas que informem além da doação de órgãos, também a doação de tecido ósseo, para que, assim, possa ser iniciada a discussão da existência e da possibilidade da doação do tecido ósseo nos lares das pessoas.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo compreender os aspectos intervenientes na efetivação da doação do tecido ósseo durante o acolhimento e a entrevista familiar, realizada pelos profissionais da OPO, na ótica do profissional e do familiar do potencial doador.

Os familiares participantes da pesquisa são os membros da família que estiveram presentes no processo decisório na ocasião do diagnóstico de ME do doador. Isto é, o familiar entrevistado foi aquele que apresentou opinião de peso frente à ascendência familiar.

Quanto aos familiares ascendentes, duas mães participaram do processo de doação. Os demais familiares foram 2 (duas) filhas, 2 (duas) irmãs, 1 (uma) esposa e, 1 (um) irmão e 1 (um) filho. Esses familiares tinham entre 31 e 69 anos, eram predominantemente de cor de pele branca (6) e católicos (7), sendo que a média do período de luto das famílias foi de 12 meses considerando o tempo que havia ocorrido a morte.

Em um estudo com 18 familiares que passaram pela situação de perda de um paciente com lesão neurológica grave, que evoluiu para ME, cujas famílias foram informadas sobre a possibilidade de doação e não a autorizaram, os dados assemelham-se com a ascendência e descendência familiar presentes nas entrevistas do presente estudo, já que 6 (seis) foram mães, 3 (três) pais, 3 (três) irmãos, 2 (duas) esposas, 2 (dois) esposos, e 2 (dois) filhos, sendo que a média do período de luto das famílias foi de 14 meses (KNIHS et al., 2015). Em outra análise, demonstrou-se que o grau de parentesco dos familiares com o potencial doador foi de 64% de parentes até segundo grau e 14% de cônjuges (BARRETO et al., 2016).

Com relação ao perfil dos doadores, observou-se que a maioria (6) era de cor de pele branca, do sexo feminino (5), casados (6) e da religião católica (7). Quanto à distribuição por idade, a média foi de 50,3 anos. Estudos científicos corroboram esse resultado, apontando que a maior parte dos potenciais doadores (PDs) são adultos, em idade economicamente ativa (ROSARIO et al., 2013). Ainda, segundo a literatura, a cor de pele é um fator importante, já que famílias de cor de pele negra e de outras raças, consistentemente, apresentam taxas mais baixas quando comparadas a famílias de cor de pele branca (RECH; RODRIGUES, 2012).

Quanto ao diagnóstico médico, a causa da ME no grupo doador feminino, em sua totalidade, foi o acidente vascular cerebral hemorrágico (AVC-H) e, no grupo masculino, 8 (oito) óbitos foram por causas externas, por trauma crânio encefálico (TCE) devido a colisão de moto e, ainda, 1 (um) caso de hemorragia subaracnóidea (HSA). Os achados do presente estudo assemelham-se aos dados do Registro Brasileiro de Transplantes o qual assinala que,

em 2017, 53% das causas de óbito dos doadores foi o Acidente Vascular Cerebral (AVC), sendo o TCE responsável por 32% dos casos de óbito de doadores.

Em um estudo qualitativo em que foram analisados os fatores relacionados à não doação de potenciais doadores no estado de Sergipe, evidenciou-se como causa de ME dos potenciais doadores a predominância do TCE, com 41,9%, seguida de AVC-H com 34,2% (BARRETO et al., 2016).

Entre todos os países da América Latina, o Brasil é o que apresenta as maiores taxas de mortalidade por AVC, sendo entre as mulheres a principal causa de óbitos e a segunda causa de morte e incapacidade no país. Dados do estudo prospectivo nacional indicaram uma incidência anual de 108 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2013).

Lesões cranianas estão entre os tipos mais comuns de trauma admitidos no departamento de emergência. A maioria dos pacientes com lesões severas cerebrais morrem antes de chegar ao hospital. Aproximadamente 90% dos óbitos pré-hospitalares associados ao trauma envolvem lesões cerebrais. Aproximadamente 75% dos pacientes com lesões cerebrais que recebem assistência médica podem ser categorizados como portadores de pequenas lesões, 15% como moderadas e 10% severas. Estudos norte-americanos estimam que cerca de 1.700.000 (um milhão e setecentos mil) casos de lesões cerebrais traumáticas ocorram anualmente, incluindo 275.000 (duzentas e setenta e cinco mil) hospitalizações e 52.000 (cinquenta e duas mil) mortes (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 2018).

Os últimos dados do DATASUS, referentes ao período de 2008 a 2012, mostraram que no Brasil houve uma incidência de admissões hospitalares por TCE de 65,7 por 100 mil habitantes por ano, com 9.715 (nove mil setecentas e quinze) mortes, correspondendo a uma mortalidade de cerca de 5.1 por 100 mil habitantes por ano, atingindo uma faixa etária que, em termos absolutos, corresponde em sua maioria a indivíduos entre 20 e 29 anos de idade (ALMEIDA et al., 2016). O que corroborou com os dados do presente estudo, já que a média de idade dos doadores com TCE foi de 28,3 anos correspondente à faixa etária entre 20 e 44 anos.

Esta pesquisa entrevistou também 4 (quatro) enfermeiras da OPO. A média de idade destas participantes foi de 52 anos. Observou-se que as enfermeiras, embora possuíssem cursos de capacitação, não possuíam especialização em doação, captação e transplante. Quanto à graduação, o tempo de formadas foi de 11 a 38 anos e a atuação na manutenção de potenciais doadores de órgãos variou entre 2 e 18 anos.

Dentre as competências do enfermeiro da OPO, destacam-se as atividades no âmbito assistencial que consiste em identificar precocemente o possível paciente em ME por meio da

busca ativa diária em visitas às unidades de terapia intensiva e unidade de emergência dos hospitais. Ainda, destacam-se o planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem prestados ao doador de órgãos e tecidos, devendo: notificar às CNCDO's a existência de potencial doador; entrevistar o responsável legal do doador; aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ao processo de doação de órgãos e tecidos; documentar, registrar e arquivar o processo de doação/transplante nos prontuários do doador e receptor; e fazer cumprir acordo firmado no termo da doação (CONSELHO FEDERAL ENFERMAGEM, 2004).

Ocorrendo a entrevista familiar em um momento delicado, recomendam-se para executar tal abordagem apenas profissionais devidamente capacitados e alheios à equipe que prestou cuidados ao paciente durante a hospitalização (RECH; RODRIGUES, 2007). Portanto, os enfermeiros entrevistados nesta pesquisa atendem às regulamentações prescritas para o desenvolvimento de suas atividades.

Para compreender os fatores que favorecem a doação de órgãos e tecidos, foi necessário considerar o contexto onde o processo ocorre. Esse contexto foi descrito como um momento de sofrimento e tristeza com a perda do familiar e de surpresa e choque quando o tecido ósseo é solicitado.

Observa-se uma crescente necessidade de compreender e lidar com os problemas relacionados à morte e o morrer. Trata-se de um tema visto como algo ruim, triste, misterioso, ligado a uma ação má que provoca medo e pavor. Esse medo da morte parece ser universal e parece atingir quase todos os seres humanos, independente da religião, da educação ou até mesmo da posição social que a pessoa ocupa dentro de uma determinada sociedade ou cultura (KÜBLER-ROSS, 2010).

Frente à abordagem para a comunicação da ME e solicitação da doação de órgãos e tecidos, o primeiro fator reconhecido nos achados do presente estudo sugeriu que o instante em que a família recebe o comunicado da ME do seu familiar e, em seguida é entrevistada para a solicitação de doação, pode ser descrito como sendo um momento difícil, complicado, de muito sofrimento, chocante e de muita dor. O sentimento de tristeza relatado por alguns familiares fazia-se presente desde a internação de seu familiar, inferindo que a abordagem da equipe médica e da equipe da OPO, maximizou tais sentimentos.

Tais achados são corroborados em um estudo qualitativo com familiares doadores de órgãos descrevendo que as reações emocionais nesse momento incluíam choque, descrença, susto, desamparo e culpa, situação em que os familiares funcionavam no “piloto automático”,

estando atordoados, entorpecidos, perdidos, devastados, agitados ou confusos (WALKER; SQUE, 2016).

Quando ocorre a confirmação da ME, há uma diversificação de sentimentos, alheios à vontade e ao controle de qualquer ser humano. A dor da perda é significada por cada ser humano de maneira ímpar, considerando o modo que ela se apresenta à consciência humana. É uma dor única, inexplicável, que dói todas as partes do corpo, sendo avassaladora (KNIHS et al., 2015). E, a fim de viabilizar os órgãos para doação, é necessário agilizar o processo de autorização, o que exige a realização imediata da entrevista com os familiares fazendo com que os mesmos tomem uma decisão.

A entrevista familiar é um momento delicado no processo de doação, porque concretiza para a família a morte, a separação e a impotência (RECH; RODRIGUES, 2007). Para Maynard et al. (2011), a pressão exigida na decisão familiar sobre a doação pode antecipar uma decisão imatura, permeada de impasses subjetivos, sendo que tais fatores, quando não trabalhados, podem contribuir para a negativa familiar quanto à doação de órgãos, tecidos e partes do corpo para transplante.

No mesmo sentido, Bittencourt, Quintana e Velho (2011) elucidam que é preciso que os familiares recebam informações adequadas sobre todo o processo de doação, possibilitando, assim, uma tomada de decisão voluntária e livre de pressões externas, já que o caminho percorrido pelo familiar entre a declaração da morte encefálica e a entrevista familiar para doação mostrar-se curto e igualmente complexo e delicado.

Estudos demonstram que a imediata solicitação para a doação dos órgãos e tecidos após o comunicado de morte encefálica faz com que os familiares não disponham de tempo suficiente para que a melhor decisão possa ser tomada, podendo culminar com a autorização ou recusa da doação (MANUEL; SOLBERG; MACDONALD, 2010).

Na contramão dos achados acima descritos, no presente estudo, apesar de os familiares terem manifestado um tempo curto para que tomassem a decisão pela doação ou não, em um momento difícil e de muita tristeza, o tempo para a decisão da doação não foi um fator que dificultou a tomada de decisão. Observou-se que a possibilidade de discutir o tema entre os familiares, em conjunto com a opinião em vida do potencial doador, foram fatores que possibilitaram superar a urgência do tempo para tomar a decisão e autorizar a doação.

Neste estudo, a solicitação do tecido ósseo realizada após a solicitação da doação dos órgãos sólidos causou um impacto descrito como surpresa e choque porque os participantes não sabiam que era possível doar ossos. O impacto do familiar frente ao “desconhecido” foi descrito de forma assustadora, chocante e surpreendente, traduzindo-se em uma situação

extremamente delicada e particular em que as famílias tinham que decidir sobre a autorização para retirada desse tecido.

Vários sentimentos concorreram para a dificuldade de decisão, mas é possível destacar o medo da deformidade do corpo do ente querido. Os enfermeiros da OPO reconheceram tal desconhecimento por parte dos familiares, causando apreensões, espanto, susto, surpresa e medo pela deformidade do corpo do potencial doador. Reconheceram, ainda, que essa reação muitas vezes contribuiu para que evitassem solicitar o tecido ósseo.

Estudos apontam que a preocupação da família em manter a integridade do corpo do falecido é fator relevante no consentimento para a doação (GHORBANI et al., 2011). Em um estudo qualitativo com familiares de doadores, foi identificado o medo da deformação do corpo causada pela situação da doação de órgãos e tecidos, quando a falta de compreensão sobre o processo estava presente e as informações da equipe de saúde foram importantes para a compreensão e o reconhecimento pela doação (BERNTZEN; BJORK, 2014).

A violação do corpo foi descrita por Lira et al. (2012) como uma ponderação expressiva para as famílias que não consentem a doação. A negativa está associada à importância da manutenção da integridade do corpo, reforçando o culto ao corpo presente na sociedade.

Estudo com familiares que recusaram a doação de órgãos no Reino Unido enfatiza que o fator principal para a recusa foi a proteção do corpo do ente querido. As preocupações eram referentes à violação e à profanação do corpo, ao medo da destruição da imagem estética, de ficar com a lembrança da imagem do parente cortado, ao medo da remoção ser desnecessária e, por fim, à sensação de maior sofrimento do parente (SQUE et al., 2008). Neste presente estudo, o contexto de surpresa em relação à solicitação da doação do tecido ósseo e o medo da desfiguração do corpo não foram decisivos para a recusa. Considera-se que os fatores que favoreceram a doação superaram esse aspecto.

Autorizar a doação de órgãos e tecidos de um familiar, sem mesmo saber se essa era a vontade do mesmo, pode significar tomar uma decisão difícil para o familiar. O depoimento de um familiar expressa que a comunicação em vida de um doador elegível a respeito de sua opinião sobre doação pode amparar a decisão da família em aceitar o ato. Pois assim o familiar sente-se habilitado pelo ente para tal, mesmo que o doador não possa responder por si. Não significando, necessariamente, que os familiares compartilhavam do mesmo desejo, mas, sim, que estavam realizando a vontade que a pessoa havia manifestado em vida.

O posicionamento do ente querido sobre a doação de órgãos e tecidos é fundamental para que o familiar aceite ou não a doação. No entanto, na maioria das vezes, a opinião da

pessoa que morreu é desconhecida pelo familiar. Quando é conhecida, a vontade daquele que morreu, de ser doador, passa a ser considerada o seu último desejo, adquirindo, assim, uma força que pode se contrapor àqueles fatores de resistência a doar (QUINTANA; ARPINI, 2009).

O desejo do falecido torna-se um importante fator facilitador para a doação, pois mitiga o sentimento de culpa por, supostamente, não respeitar o corpo do falecido. Com efeito, se o falecido havia manifestado que gostaria de doar seus órgãos, negar-se a realizar essa vontade é sentido como um desrespeito muito maior que o da não preservação do corpo. (QUINTANA; ARPINI, 2009).

O desconhecimento da vontade expressa do falecido é um fator de recusa e a família frequentemente opta por não consentir na doação (BROWN et al., 2010). Rodrigues-Villar et al. (2012), em um estudo de análise multivariada dos fatores que influenciaram positivamente o processo de decisão, constataram que os fatores mais importantes foram os familiares conhecerem a intenção do doador elegível a favor da doação e acreditarem no processo de doação e transplante de órgãos no momento da abordagem. No presente estudo, os resultados corroboraram com tais achados, uma vez que os familiares relataram conhecerem o desejo do ente querido em ser doador, tendo se mostrado um fator importante para a decisão de doar tanto os órgãos sólidos como o tecido ósseo, após esclarecimentos a respeito.

No Brasil deve ser respeitada a decisão dos familiares sobre a doação apesar da manifestação em vida. Portanto, o suporte emocional, a assistência oferecida aos familiares e a informação sobre o processo tornam-se imprescindíveis para encorajar a doação. Sob essa perspectiva se assenta a importância de promover o cuidado de enfermagem aos familiares dos potenciais doadores, pois, ao unir o cuidado prestado ao paciente aos cuidados prestados aos familiares, tem-se ponto positivo para que ocorra o consentimento da doação dos órgãos da pessoa em ME (CAVALCANTE et al., 2014).

Em relação ao momento decisório pela doação, pudemos observar que, quando os familiares colaterais e descendentes estão envolvidos no processo de doação, pode existir uma possibilidade maior de se ter uma resposta positiva. Também, alguns familiares buscaram respostas com amigos e por meio de interações sociais, apenas para confirmarem sua interpretação na busca da confirmação de sua decisão e de seus valores, minimizando, dessa forma, seus medos e incertezas. Os depoimentos denotaram que o momento e o processo decisório para doação foram complexos e sofridos, decidido envolvendo conversas entre familiares nas quais a presença e o consenso entre os ‘membros chaves’, favoreceu a doação dos órgãos e do tecido ósseo.

Um estudo qualitativo com familiares em Pernambuco observou que entre os familiares dos doadores apenas um tomou a decisão sozinho, pois o potencial doador já havia expressado seu desejo em vida, sendo que os demais familiares levaram a questão para ser discutida com o grupo familiar, e a decisão final não necessariamente correspondia à vontade do responsável legal. Assim, inferiu-se que, pela complexidade da decisão, o familiar não consegue ou não quer assumir sozinho a responsabilidade pela discordância e suas possíveis repercussões na futura relação familiar e social (LIRA et al., 2012).

Ainda, foi possível observar, na tomada de decisão de um ‘familiar chave’, que, por considerar os demais membros da família (considerados por ele como pessoas simples e ignorantes em relação ao tema doação de órgãos e tecidos) foi decidido omitir a decisão referente à positividade da doação, principalmente da doação do tecido ósseo.

Convém salientar que, quando se fala sobre família, o tema doação de órgãos tende a ser delicado e difícil. A família, por ser composta de pessoas diversas, e todas influenciando significativamente nas atitudes e comportamentos uns dos outros, faz com que a experiência de cada membro afete todos os demais. O familiar favorável à doação termina por desconsiderar a sua intenção no momento de doar por medo da repressão por parte de outro membro familiar (RODRIGUES et al., 2014). Sob essa perspectiva, pudemos observar que a omissão da decisão foi para que não houvesse futuras discussões e repressão por parte de alguns membros, já que o desejo de efetivar a doação sobressaía frente às incertezas no contexto familiar.

Relatos de familiares entrevistados possibilitaram inferir que a opinião religiosa não foi uma determinante para a doação dos órgãos e tecidos, sendo que a busca por instituições religiosas aconteceu mais para apoio da família. Observou-se que a decisão já havia sido tomada e, ainda, enfatizou a crença de que o corpo tem um fim e que o espírito retornará em outras vidas, evocando a espiritualidade e a religiosidade entre os familiares.

Bousso et al. (2011) descreveram a respeito da morte e espiritualidade que, quando as pessoas são confrontadas com experiências adversas, a religiosidade aparece como um recurso para a superação da crise não só oferecendo conforto, mas também, em algumas crenças, uma promessa de vida após a morte.

Para Sadala (2001), a religião aparece como aconselhadora no processo de tomada de decisão, tornando-se mais tranquilo ser favorável à doação quando há apoio por parte da crença religiosa, ou ainda, quando se conhece se a religião praticada é ou não a favor da doação. Para outro autor, a influência religiosa pode ser considerada como um fator de motivação e amparo às famílias após o consentimento da doação (KIM; YOO; CHO, 2014).

No Brasil existem poucos estudos relacionando a crença religiosa e a doação e transplante de órgãos, por ser um país de grande misticismo, com uma alta variedade de cultos e doutrinas religiosas (KNAUTH, 1997). Alguns estudos afirmam que nenhuma religião proíbe a doação de órgãos sinalizando que os líderes religiosos entendem que a religião deve acompanhar os avanços da medicina (GUALANDRO et al., 1997). O Catolicismo, por exemplo, é defensor e incentivador da doação como um ato de amor devido à sagrada natureza da vida humana (BRUZZONE, 2008).

Em uma pesquisa de revisão integrativa os autores concluíram que nenhuma religião é de modo absoluto contrária à doação. Em religiões como o budismo a morte está relacionada ao binômio corpo e espírito, o corpo é matéria e tem fim, e o espírito continua em outras “esferas de vida”. O fator contraditório justifica-se, visto que as crenças religiosas possuem uma série de rituais com o corpo após a morte e a ideia de mutilação do corpo está presente sendo comum, em muitas crenças, relacionar agressões ao corpo com traumas para a alma e problemas para o destino espiritual adequado (FERRAZZO et al., 2011).

No presente estudo, observou-se a conexão entre o atendimento recebido pelo familiar e a aceitação para doação. De acordo com depoimentos dos familiares, os mesmos tiveram acesso a um atendimento acolhedor, ficando satisfeitos com a equipe multiprofissional e com o atendimento hospitalar, o que faz inferir que a credibilidade na equipe de saúde constitui condição determinante no processo de doação, diminuindo suas incertezas. Os médicos intensivistas informaram o diagnóstico da ME e os enfermeiros da OPO promoveram a abordagem sobre a doação dos órgãos e tecidos.

Pimenta, Amorim e Silva (2012) relatam que a doação de órgãos positiva depende da confiança estabelecida entre a equipe multiprofissional e a família do potencial doador, bem como da rapidez do processo de confirmação do diagnóstico da ME. Fernandes, Bittencourt, e Boin (2015) reforçam esse conhecimento enfatizando que a relação entre a equipe multiprofissional e a família do doador é um indicador importante do processo de doação.

A internação de um ente querido em um momento de urgência traz uma desestabilidade emocional para a família, principalmente quando se trata de um quadro clínico grave e com risco de morte. Dessa forma, nesse momento delicado, a equipe multiprofissional deve, sempre que possível, informar aos familiares sobre a evolução do quadro, fazendo com que a família assimile gradativamente todos os fatores que possam envolver o potencial doador, o que parece também ser um indicador importante em todo o processo.

Santos e Massarollo (2012) descrevem que a assistência adequada ao potencial doador e o amparo oferecido aos familiares promovem a execução da entrevista familiar e requerem o

envolvimento da equipe multiprofissional para abordar a família com integridade e compostura.

Deparando-se com um ambiente diferente e com pessoas desconhecidas, os familiares, durante a hospitalização de um ente querido, são expostos a mudanças bruscas em sua rotina. Assim, a própria hospitalização pode ser vivida como morte. Essas modificações no cotidiano dos familiares podem acarretar grave sofrimento e dor, necessitando de acolhimento por parte da equipe de saúde (ESSLINGER, 2011).

Observou-se que a segurança de que seu familiar foi atendido de forma exemplar, dentro de uma estrutura de atendimento hospitalar que lhe ofereceu todas as possibilidades de tratamento, favoreceu muito a tomada de decisão sobre a doação dos órgãos e tecidos.

Estudos relatam que o cuidado centrado na pessoa possui o potencial de melhorar as experiências de cuidados dos pacientes potenciais doadores, exemplos de cuidados de boa qualidade que contenham as características da dignidade, da compaixão e do respeito, em que a maioria das famílias doadoras tenha um alto nível de confiança na experiência da enfermagem e equipe médica, resultam na satisfação em relação às informações prognósticas recebidas de forma clara, direta, honesta e sem falsas esperanças (WALKER; SQUE, 2016).

Na contramão, em um estudo qualitativo com familiares que não consentiram a doação, relatou-se que a relação profissional de saúde, paciente e família interferiu no processo de doação de órgãos. As famílias, percebendo a mecanicidade, o distanciamento da equipe, a sensação de falta de empenho, falta de acolhimento e de esclarecimento, prontamente responderam com a negativa à doação de órgãos por não conseguirem dissociar sua decisão do atendimento recebido (LIRA et al., 2012).

Valorizar o tempo dispensado à família na comunicação da evolução clínica do paciente, no esclarecimento da ME e, ainda, aliar a humanização no atendimento da equipe de transplante parecem facilitar a decisão positiva da família (KIM; YOO; CHO, 2014).

No contexto de dor e sofrimento em que a família encontra-se, compreender as informações recebidas da equipe multiprofissional e interpretá-las, direcionando a razão para decisão da doação ou não, torna-se um desafio no qual o familiar deverá reconhecer sua nova realidade, sendo, na maioria das vezes, imprevisível em sua decisão.

Ao se abordar os familiares de potenciais doadores, deve-se levar em conta o período de luto vivenciado pela perda do familiar, demandando uma abordagem cautelosa. Nesse momento, a decisão da família é muito difícil e, por isso, tudo é determinante para a decisão como, por exemplo, a forma que lhes é apresentada a possibilidade da doação (SADALA, 2001).

Investigando aqui a avaliação da família no momento da abordagem dos enfermeiros da OPO para solicitação do tecido ósseo, observou-se que foi um fator influenciador para o favorecimento da decisão pela doação desse tecido que, reconhecendo o sofrimento da família e o impacto frente ao “desconhecido”, os enfermeiros ofereceram elucidações pertinentes a todo o processo de doação do tecido ósseo, desde sua importância, captação, recomposição do corpo e sua empregabilidade.

Importante salientar que, na perspectiva do presente estudo, a influência do enfermeiro da OPO não foi no sentido de fazer com que a família fizesse a doação, mas sim de conduzi-los a um entendimento que os fizesse tomar uma decisão, deixando-os tranquilos para que não houvesse a culpa caso ocorresse a não doação. Bittencourt, Quintana e Velho (2011) elucidam que é preciso que a família receba informações pertinentes e adequadas sobre o processo de doação, que possibilitem a tomada de decisão de maneira voluntária, isto é, livre de pressões externas.

Em um contexto complicado, o fator impacto frente à solicitação do tecido ósseo devido ao desconhecimento desse tipo de doação, sugeriu que, mesmo em momento difícil as famílias colocaram-se à disposição para ouvir os esclarecimentos da equipe da OPO, mantendo-se moderadamente tranquilas, preservando sua capacidade de entendimento e de decisão.

O acolhimento dos enfermeiros durante a entrevista familiar foi uma das etapas de maior complexidade no processo de doação do tecido ósseo, envolvendo aspectos éticos, técnicos e emocionais, haja vista que os próprios enfermeiros da OPO fizeram colocações durante a entrevista a respeito da necessidade de obterem capacitação profissional nesse quesito, já que se deparavam, também, com sentimentos de negação, demonstrando que a entrevista requer preparo por parte do profissional, elucidando dúvidas, viabilizando e esclarecendo os aspectos pertinentes ao processo de doação.

A forma com que o entrevistador realiza a abordagem sobre o consentimento da doação pode interferir na decisão, e o entrevistador deve assumir uma postura adequada, sendo cordial e compreensivo. Dessa forma, tende a favorecer o vínculo de confiança do familiar para com a equipe podendo haver uma neutralização da resistência no consentimento por parte da família (QUINTANA; ARPINI, 2009).

Ainda, Bousso (2008) assegura que, quando o contexto promove a aceitação do sofrimento, acolhe dúvidas, proporciona tempo para a família compartilhar ideias e sentimentos, facilita o acesso ao suporte social, oferece as informações necessárias, a família

pode caminhar por uma trajetória de recuperação na qual o processo de decisão acontece com menos conflitos.

Dentre os elementos dificultadores e grande complicador para a doação e disponibilização do tecido ósseo, foi apontado pelos familiares e enfermeiros da OPO o desconhecimento da doação e o desagrado e o medo da deformidade do corpo, demonstrando surpresa, medo e choque acerca do assunto. O medo da desfiguração e da perda da integridade física do falecido faz com que a família veja a doação como uma mutilação e não como um ato cirúrgico. Os familiares que recusam a doação, não aceitam que o corpo do falecido seja submetido à cirurgia (MORAES; MASSAROLLO, 2009).

Ainda, os relatos dos familiares entrevistados mostraram que os aspectos “medo do desconhecido”, o “imaginário” da mutilação do corpo e, ainda, a associação com os sentimentos referentes à perda repentina do familiar influenciaram inicialmente na repulsa por esse tipo de doação. Sendo que, a forma como a equipe da OPO ofereceu as informações referentes à reconstituição do corpo com o uso de próteses desenvolvidas para esse fim, mostrou-se decisiva para a efetividade da doação.

Dessarte, pode se inferir a importância de a família estar ciente de todos os procedimentos pelos quais o doador irá passar, especialmente no que se refere à reconstituição do corpo, a forma como será a devolução desse corpo e, ainda, o tempo previsto para iniciar o velório.

O corpo é o meio concreto de comunicação social representando a individualidade e a expressão inerente de estar no mundo, como um registro da história de cada um (FREITAS, 2008). Após a morte, é por meio do corpo que o familiar identifica o seu ser querido. Nesse sentido, a manutenção da integralidade do corpo torna-se uma forma de preservar a pessoa falecida. A dilaceração do cadáver é sentida como se o próprio sujeito estivesse sendo despedaçado (QUINTANA; ARPINI, 2009). Assim, os familiares consideram que esse corpo sempre fará parte daquele que morreu e, portanto, podemos inferir que a doação do tecido ósseo pode se transformar numa mutilação do ente querido.

Corroborando com tais aspectos encontrados, um estudo realizado no Reino Unido, com 26 famílias que recusaram a doação de órgãos e tecidos de seus parentes, verificou que 15 delas alegaram como fator principal, a proteção do corpo morto, para o não consentimento. As preocupações eram referentes à violação e à profanação do corpo, ao medo da destruição da imagem estética, de ficar com a lembrança da imagem do parente cortado, ao medo da remoção ser desnecessária e, por fim, à sensação de maior sofrimento do parente (SQUE et al., 2008).

Sobre o dever de recomposição do doador pela equipe médica especializada, Bendassolli (2001) aponta que, por desconhecimento do procedimento legal e pelo preconceito sobre o processo, durante a entrevista familiar sobre a doação dos órgãos e tecidos do ente falecido, a família costuma associar a doação à mutilação ou destruição do corpo após a morte, o que constitui um dos fatores responsáveis pela recusa familiar para doação.

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

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

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

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

A identificação dos problemas que dificultam a doação do tecido ósseo passa a ser uma necessidade para que os profissionais da OPO possam oferecer segurança durante a entrevista familiar. Observa-se, neste estudo, que os enfermeiros envolvidos no processo de solicitação da doação do tecido ósseo sentiram desconforto, insegurança e dificuldades no momento da solicitação, o que pode acarretar em um distanciamento do processo de doação desse tecido, para que não sofram com o medo de perderem a doação dos órgãos sólidos anteriormente solicitados e conquistados.

Os enfermeiros entrevistados consideraram uma maior capacitação para a abordagem e solicitação do tecido ósseo como sendo uma forma importante e decisiva para aumentar a qualidade da abordagem no sentido de maiores esclarecimentos aos familiares.

Uma postura adequada da equipe de transplantes em relação à doação de tecido ósseo pode agilizar o processo doação-transplante a partir do conhecimento. O aumento do conhecimento dos enfermeiros da OPO sobre doação e transplante do tecido ósseo e sua capacitação para disseminar essas informações pode resultar num aumento do número de doadores desse tecido.

A valorização do preparo da equipe multiprofissional é importante e necessária, pois o sucesso da efetividade da doação de órgãos e de tecidos é diretamente proporcional à precocidade da notificação da ME (FREIRE et al., 2014).

Promover treinamento aos profissionais que realizam a abordagem e entrevista com os familiares de doadores para que se possa reforçar sua habilidade empática, estabelecendo uma relação de confiança entre o profissional e a família do doador, respeitando a autonomia desta, pode ser considerado como um fator que pode favorecer a positividade da doação (SCHIRMER; ROZA, 2008).

Lira et al. (2012) destacam que as relações entre profissionais de saúde e paciente e família interferem no processo de doação de órgãos, na medida em que as famílias, sentindo a mecanicidade, o distanciamento da equipe, a falta de comprometimento, a falta de aceitação e elucidação dos profissionais de saúde, prontamente respondem com a negação da doação de órgãos porque não conseguem dissociar sua decisão do tratamento recebido.

Foi enfatizada por Neate et al. (2015) a necessidade dos órgãos governamentais em investir mais na capacitação profissional das OPO's no tocante ao acolhimento familiar, como também, para atuarem em conjunto com profissionais do serviço social e da psicologia no intuito de identificar possíveis problemas sociais das famílias envolvidas no processo de doação.

Para Mendes et al. (2012), os profissionais brasileiros que atuam na área dos transplantes contam com a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos, a qual tem se empenhado na capacitação de recursos humanos na área dos transplantes em todo território nacional. Entretanto, não há direcionamentos para a formação específica do enfermeiro. Mundialmente existem associações voltadas para as diversas áreas dos transplantes. Na enfermagem, ressaltam-se a *International Transplant Nurses Society* (ITNS) e a *Transplant Nurses Association* (TNA), as quais disponibilizam diversos recursos e programas educativos para a formação e capacitação de enfermeiros para o processo doação-transplante.

Ainda, para os enfermeiros entrevistados, seria necessário a efetiva implementação de planos de educação e capacitação permanente direcionada aos demais profissionais envolvidos no processo de doação de tecidos, especialmente às unidades de emergência e centros de terapia intensiva, objetivando a compreensão da importância da doação e do transplante do tecido ósseo. Entendemos que equipes multiprofissionais capacitadas e envolvidas com todo o processo de doação com certeza se constituem em um dos pilares responsáveis pelo sucesso de todas as etapas que percorremos durante o processo de doação.

No Brasil, o dia 27 de setembro foi escolhido como o Dia Nacional da Doação de Órgãos e o Ministério da Saúde realiza nesse dia a Campanha de Incentivo à Doação de Órgãos, para fortalecer a confiança estabelecida entre profissionais da saúde, pacientes e familiares.

No presente estudo, foi possível observar que tanto os enfermeiros da OPO como os familiares enfatizaram como um aspecto que poderia colaborar para facilitar a doação do tecido ósseo as campanhas públicas, já que, até o momento, as campanhas existentes abordam somente a doação de órgãos, de córnea e de sangue, afirmando ainda que, esses meios de comunicação poderiam ser um grande espaço para que a população não somente obtivesse informações sobre a existência dessa doação, como também, houvesse o esclarecimento de dúvidas.

Dessa forma, pode-se inferir que os meios de comunicação poderiam e deveriam se engajar na divulgação permanente de notícias a respeito da doação do tecido ósseo, pois é um assunto de relevância no âmbito social, colaborando para a socialização das informações, estimulando debates e reflexões em toda a sociedade.

A importância de se divulgar para a população a possibilidade da doação do tecido ósseo poderia ser no sentido de paramentá-la com conhecimentos que levassem as pessoas a sentirem-se tranquilas e seguras para uma tomada de decisão, já que conhecedores da temática poderão discutir com seus familiares, fazendo com que no momento de decisão para doação, a família simplesmente respeite a vontade do seu familiar, não arcando sozinha, com o ônus da decisão pela doação.

A melhor forma de trabalhar junto à sociedade seria estimulando, pela mídia, o ato de doar o tecido ósseo em suas diferentes formas, atingindo hospitais, escolas, universidades e suas residências, tentando amenizar o contexto trágico relacionado a esse tipo de doação. Os próprios membros de famílias doadoras, assim como receptores do tecido ósseo, ao retratarem aspectos positivos vivenciados, podem encorajar outras famílias, sejam as que participam do

seu próprio cotidiano, ou, em escala maior, por meio dessas mesmas campanhas, respeitando-se a ética e a privacidade de cada um.

Acredita-se que um dos entraves nos quais possam estar esbarrando essas campanhas é o fato de elas planejarem uma mudança de comportamentos da população sem considerar a existência das diferenças culturais entre aqueles que as confeccionam e os destinatários da ação. De fato, essas mudanças comportamentais, necessariamente, estão vinculadas a valores, crenças, conceitos presentes no grupo ao qual se dirigem as campanhas e que, na maioria das vezes, são desconhecidos por aqueles que planejam as ações (QUINTANA; ARPINI, 2009).

Rezende et al. (2015) enfatizam também a necessidade de se aprimorarem as campanhas já que, ao que parece, não podem ser de todo lúdicas, mostrando apenas cenas agradáveis. Um misto de coisas boas e outras que têm impacto negativo, chocante, poderiam ser mais eficazes no engajamento acerca de fenômenos como a doação de órgãos e tecidos para transplante.

O pensamento de “fazer o bem” e “ajudar o próximo” foi predominante nos familiares doadores, conduzindo-os a atitude de conforto em relação ao consentimento de doação, transformando um momento doloroso em algo positivo, aliviando seu sofrimento durante o processo de luto. Diante da situação, acredita-se que a decisão pode estar relacionada com um aspecto moral, determinando que seja uma ação para “salvar a vida” de outras pessoas, objetivando diminuir sua dor e seu sofrimento já que seu familiar está morto e que esta é uma situação irreversível.

A percepção das famílias com relação à doação de órgãos é demonstrada por amor e carinho, idealizando o apego ao ente querido, baseado no sentimento de solidariedade, percebendo que a generosidade e a bondade farão com que o seu familiar continue vivo por intermédio do receptor. Assim, o ato de doar é entendido como uma maneira de salvar vidas e ajudar outras pessoas que estejam necessitando, representando um consolo e uma razão para pensar que o sofrimento pode ser minimizado a partir da doação (RODRIGUES et al., 2014).

A morte é uma das diversas construções imaginárias que estão relacionadas à doação. A pessoa morre, mas o órgão doado permanece vivo em outra pessoa, possibilitando que, no imaginário dos familiares, seu parente continue vivo (QUINTANA; ARPINI, 2009).

A doação de órgãos e de tecidos é entendida por muitos como um ato de solidariedade e amor ao próximo, por beneficiar a qualidade de vida de pessoas doentes que aguardam o transplante. No entanto, ela só se efetiva mediante o consentimento familiar, que permite a retirada dos órgãos e dos tecidos para fins de transplantes, conforme determina a legislação brasileira vigente (SILVA; JUNQUEIRA; MACÁRIO, 2012).

Os fatores motivadores que sustentam a decisão da família em doar órgãos e tecidos incluem a crença de que seu parente “viveria” através de outros, o reconhecimento de reciprocidade e o desejo desinteressado de “ajudar” ou “beneficiar” os outros e, ainda, a crença de que a pessoa falecida “vive” com um misto de sentimento de que a morte não foi em vão (WALKER; SQUE, 2016).

Ademais, um dos pontos que favorecem a decisão positiva quanto à doação de órgãos e tecidos pela família perpassa um aspecto moral, ao entender o ato como uma ação que pode salvar a vida de outras pessoas, ajudando a dar significado à vida e à morte do ente querido e minimizando a dor e o sofrimento durante o processo de luto (BOUSSO, 2008).

É importante ressaltar que este estudo não teve a pretensão de estabelecer diretrizes que implicariam na doação e transplante do tecido ósseo, mas sim apresentar alguns pontos acerca do desconhecimento desse tipo de doação por parte dos familiares dos doadores que podem continuar influenciando na tomada de decisão para a doação. Enfatizando que o mais importante nesse contexto não é a família doar ou não o tecido ósseo para transplante, mas sim, após as explanações dos enfermeiros da OPO, passarem a ter uma visão positiva sobre o assunto.

7 CONCLUSÕES

Na perspectiva de contribuir com a construção de novos conhecimentos, o presente estudo possibilitou-nos compreender os aspectos intervenientes na efetivação da doação do tecido ósseo a partir da análise sobre a ótica dos sujeitos e do conteúdo teórico pesquisado.

Mediante gestos de solidariedade, seja do doador elegível em vida, seja do familiar pós-constatação de morte encefálica, a doação e o transplante do tecido ósseo correlaciona várias formas de promover qualidade de vida para vários pacientes que permanecem na fila aguardando para serem submetidos a um transplante. Apesar de o transplante de tecido ósseo se constituir de técnicas avançadas, a disponibilidade de doadores ainda é inferior à demanda dos receptores.

A escassez do tecido ósseo para transplante é uma preocupação presente não somente para os bancos de tecidos como, também, uma preocupação para os enfermeiros da OPO que atuam diariamente em todo o processo de doação, em concordância com a equipe multidisciplinar hospitalar e equipe de transplantes.

Os familiares, ao refletirem sobre o momento de decisão pela doação do tecido ósseo, revelaram que os aspectos que contribuíram para o consentimento da doação foram sua satisfação com o atendimento hospitalar humanizado; o profissionalismo da equipe multidisciplinar do hospital, bem como com o profissionalismo dos enfermeiros da OPO – que surgem como um elo entre a equipe multidisciplinar, equipe transplantadora e os familiares, na abordagem para a doação; o conhecimento prévio da vontade do ente querido em ser um doador e o pensamento de estar “fazendo o bem”.

Os enfermeiros da OPO, ao refletirem sobre seu papel na entrevista para solicitação da doação do tecido ósseo, revelaram que, inicialmente, o desconhecimento dos familiares quanto à possibilidade de doação do tecido ósseo, faz com que os mesmos reajam negativamente pelo medo da deformidade do corpo. Objetivando superar esse momento difícil e superar a insegurança da família, os enfermeiros explicam todo o processo de captação do tecido ósseo, inclusive como seria a reconstituição do corpo do familiar para o velório.

Como fator que pode interferir na viabilização do doador elegível para o tecido ósseo, os enfermeiros enfatizam que, ainda hoje, sentem dificuldade e insegurança para solicitar essa doação, já que sentem receio de perder a doação dos órgãos sólidos frente a tamanha revolta dos familiares ao serem abordados nesse quesito, desvelando, assim, a necessidade de capacitações futuras à equipe da OPO, potencializando a autonomia desses profissionais, ampliando sua compreensão, podendo se transformar em elementos facilitadores, garantindo a

uniformidade da comunicação entre todos os membros da equipe, contribuindo para a otimização de todo o processo de doação do tecido ósseo para transplante.

Os resultados apresentados não só reforçam a experiência da família e dos enfermeiros no processo de doação do tecido ósseo como, também, demonstram que o tempo que a família teve para entender sua nova realidade e ter que definir sobre a doação ou não, não foi uma condição que poderia ter impedido uma decisão no sentido da doação ou não.

Após os achados frente à realidade com a qual nos deparamos, apresentada pelos familiares e enfermeiros participantes deste estudo, acreditamos ser evidente a necessidade de educação voltada à população através de ações governamentais, com futuras campanhas na divulgação da existência da doação do tecido ósseo, que possam promover um maior entendimento e otimização de todo o processo de doação, resultando em uma reação menos traumática das pessoas no momento da solicitação desse tecido.

Ainda, acreditamos que capacitações voltadas à educação para os profissionais da área hospitalar, envolvidos em todo o processo de doação, seriam de extrema importância, superando os obstáculos que o desconhecimento desencadeia durante todo o processo de doação do tecido ósseo.

Como aspecto limitante deste estudo é pertinente considerar o fato de envolver apenas uma equipe de procura de órgãos e tecidos e os familiares pertencentes a esse contexto, o que não nos permite generalizar os resultados encontrados. Todavia, contribuímos com nossos resultados por meio da experiência dos enfermeiros da OPO que nos possibilitou entender as dificuldades encontradas durante a solicitação do tecido ósseo e, ainda, os aspectos de peso que permeiam as necessidades dos familiares em se sentirem “abraçados” durante todo o processo de internação do seu familiar.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 55, de 11 de dezembro de 2015. Dispõe sobre as Boas Práticas em tecidos humanos para uso terapêutico. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 dez. 2015. Disponível em: <<http://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201705/18112318-rdc-55-2015-boas-praticas-em-tecidos-14-12-2015.pdf>>. Acesso em: 20 março 2017.

_____. **Relatórios de Avaliação dos Dados de Produção dos Bancos de Tecidos Humanos** – Brasília: ANVISA, 2011-2017. Disponíveis em: <<http://portal.anvisa.gov.br/sangue/publicacoes>>. Acesso em: 20 março 2017.

ALCÂNTARA, L. **Doação de órgãos**: a lei da vida. Brasília, DF: Senado Federal, 1998.

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

ALMEIDA, C. E. et al. Traumatic brain injury epidemiology in Brazil. **World Neurosurg.** v. 87, p. 540-47, 2016.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. The Committee on Trauma. **Advanced Trauma Life Support (ATLS)**: student course manual. Tenth Edition. Chicago, Illinois, 2018. 420p.

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

ASSIS, F. N. **ADOTE** – Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos, 2008. Disponível em: <<http://www.adote.org.br>>. Acesso em: 21 maio 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR ISO 14644-1** – Salas limpas e ambientes controlados associados – Parte 1: Classificação da limpeza do ar. ABNT, 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). **Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2010-2017)**. Registro Brasileiro de Transplantes. São Paulo, SP: ABTO, 2017. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2013/Registro2013.pdf>>. Acesso em: 28 março 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). Número de notificações de potenciais doadores, doadores efetivos e doadores cujos órgãos foram transplantados por estado, durante o ano de 2017. **RBT Registro Bras Transpl.**, v. 18, n. 4, p. 15, 2018.

BARRETO, B. S. et al. Fatores relacionados à não doação de órgãos de potenciais doadores no estado de Sergipe, Brasil. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 18, n. 3, p. 40-48, 2016.

BENDASSOLLI, P. F. Percepção do corpo, medo da morte, religião e doação de órgãos. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 225-240, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v14n1/5221.pdf>>. Acesso em: 28 março 2018.

BERGESCH, K. **O debate sobre o conceito de pessoa no tema dos transplantes de órgãos e tecidos: desafios bioéticos para aconselhamento pastoral**. 2006. 235 f. Tese (doutorado) – Departamento de Instituto Ecumênico de Pós-graduação em Teologia. Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2006.

BERNTZE, H.; BJORK, I. T. Experiences of donor families after consenting to organ donation: a qualitative study. **Intensive & Critical Care Nursing**, v. 30, n. 5, p. 266-274, oct. 2014.

BITTENCOURT, A. L. P.; QUINTANA, A. M.; VELHO, M. T. A. C. A perda do filho: luto e doação de órgãos. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 28, n. 4, p. 435-442, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n4/04.pdf>>. Acesso em: 15 março 2018.

BOUSSO, R. S. O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 45-54, jan/mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/05.pdf>>. Acesso em: 15 março 2018.

BOUSSO, R. S. et al. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 45, n.2, p. 397-403, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2a13.pdf>>. Acesso em: 15 março 2018.

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

_____. Decreto n. 2.268 de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 13.739, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 904/GM de 2.000**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-904.htm>>. Acesso em: 12 maio 2015.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.686/GM de 2002**. Disponível em: <<http://www.saudeinfonews.com.br/legislacao.php?Conteudo=Portarias&pagina=1675>>. Acesso em: 12 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.160 de 29 de maio de 2006. Modifica os critérios de distribuição de fígado de doadores cadáveres para transplante, implantando o critério de gravidade de estado clínico do paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 de maio de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1262 de 16 de junho de 2006. Regulamento Técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às Comissões Intra- Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 de junho de 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.600 de 2009**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html>. Acesso em: 20 abril 2016.

_____. **Portaria no 2.600, de 2009**. Institui, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, o Plano Nacional de Implantação de Organização de Procura de Órgãos – OPO. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/public/media/47H44m8ZpU8EQj/08180025008101121091.Pdf>>. Acesso em: 21 abril 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portal SUS. **Transplante ósseo, 2011**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24996>. Acesso em: 29 abril 2016.

BROWN, C. V. R. et al. Barriers to obtaining family consent for potential organ donors. **The Journal of Trauma**, v. 68, n. 2, p. 447-51, 2010.

BRUZZONE, P. Religious aspects of organ transplantation. **Transplantation Proceedings**, v. 40, n. 1, p. 1064-7, 2008.

BUGARIN JUNIOR, J. G. **Bancos de tecidos musculoesqueléticos no Brasil** – Análise à luz da bioética e da biossegurança. 207 f. 2007. (Tese) – Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, 2007.

CAVALCANTE, L. P. et al. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 6, p. 567-72, 2014. Disponível em: <<http://bit.ly/2iPwZt0>>. Acesso em: 17 mar 2018.

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

CLATWORTHY, M. G. et al. The use of structural allograft for uncontained defects in revision total knee arthroplasty. A minimum five-years follow-up. **J Bone & Joint Journal**, USA, v. 83-A, n. 3, p. 404-11, 2001.

CONCEIÇÃO, A. M. et al. Morte encefálica: um conceito a ser difundido. In: DAY, L. Morte cerebral e doação de órgãos. In: SCHELL, H. M.; PUNTILHO, K. A. **Segredos em enfermagem na terapia intensiva**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 490-493.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 292/2004**. Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos. 2004. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4328>>. Acesso em: 22 abril 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM n. 1.480 de 8 de agosto de 1997. Critérios de morte encefálica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 ago. 1997. Seção 1, p. 18.227-8.

_____. Resolução CFM n. 1,826 de 6 de agosto de 2007. Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não-doador. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 de out. de 2007.

CORREA NETO, Y. Morte encefálica: cinquenta anos além do coma profundo. **Rev Bras saúde mater Infant**, v. 10 (supl 2), p. S355-361, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s2/13.pdf>>. Acesso em: 28 agosto 2015.

DEY, I. **Qualitative data analysis**: a user-friendly guide for social scientists. London: Routledge, 1993. 285 p.

DIAZ, F. G. Comunicando malas noticias en medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. **Med Intensiva**, v. 30, n. 9, p. 452-9, 2006.

EDQM (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare). **Ph. Eur. 5.0** - European Pharmacopeia Issue 5, Official German Version, Main Edition. Stuttgart: Deutscher Apotheker Verlag, Govi - Pharmazeutischer Verlag; 2005. pp. 649–658.

_____. **Guide to the quality and safety of tissues and cells for human application**. 1st ed. Strasbourg: EDQM, 2013. 375 p. Disponível em: <www.edqm.eu>. Acesso em: 20 abril 2018.

ELIZALDI, J.; LORENTE, M. Coordinación y donación. **An Sist Sanit Navar**, v. 29, n.2, p. 35-43, 2006.

ELO, S. et al. Qualitative content analysis: a focus on trustworthiness. **SAGE Open**, v. 4, n. 1, p.1-10, 2014.

ELO, S.; KYNGAS, H. The qualitative content analysis process. **Journal of Advanced Nursing**, v. 62, n. 1, p. 107-15, 2008.

ESSLINGER, I. O paciente, a equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida, afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola. 2011. p. 149-162.

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

FERNANDES, M. E. N.; BITTENCOURT, Z. Z. L. de C.; BOIN, I. F. S. F. Vivenciando a doação de órgãos: sentimentos de familiares pós consentimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 895-901, 2015.

FERRAZZO, S. et al. Crença religiosa e doação de órgãos e tecidos: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem da USFM**, v. 1, n. 3, 2011.

FREIRE, I. L. S. et al. Process of organ and tissue donation for transplant: Reflections about its effectiveness. **Journal of Nursing UFPE**, v. 8, n. 7, p. 2533-2538, 2014.

FREIRE, L. L. S. et al. Processo de doação de órgãos para transplante: análise comparativa entre legislações. **Rev Enferm UFPE**, v. 5, n. 6, p. 1211-7, 2012. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2127/pdf_1150>. Acesso em: 31 ago. 2015.

FREITAS, M. B.; FREIRE, I. L. S.; TORRES, G. V. Ações do técnico em enfermagem no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. **PROTENF**, v. 5, n. 1, p. 47-85, 2012.

FREITAS, N. K. Body schemes, visual images and representations of self body: theoretical and conceptual questions. **Ciênc Cogn**, v. 13, n. 3, p. 318-24, 2008.

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

FUHR, M. **O significado do processo de doação de órgãos para familiares pós-doação**. 2006. 87f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Enfermagem, Departamento de Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

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

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

GALERA, S. A. F.; LUIS, M. A. V. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 141-7, 2002.

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

GHORBANI, F. et al. Causes of family refusal for organ donation. **Transplant Proc**, v. 43, n. 2, p. 405-6, 2011.

GRANJEIRO, R. C. et al. Aspectos da distribuição de tecidos musculoesqueléticos de um banco de tecidos. **Acta ortop Bras**, São Paulo, v. 17, n. 6, p. 22-5, 2009.

GUALANDRO, D. M. et al. Nova lei dos transplantes: a percepção de populares e de religiosos. **Arq méd ABC**, v. 1, n. 2, p.15-21, 1997.

HEATH, H.; COWLEY, S. Developing a grounded theory approach: a comparison of Glaser and Strauss. **International Journal of Nursing Studies**, v. 47, n. 6, p. 605-613, 2004.

HENRARD, D; REICHELDERFER, P. Assays for the diagnosis of HIV infection. In MERIGAN, T. C. et al. (ed.). **Textbook of AIDS Medicine**, 1999. Chapter 40.

JARDIM, E. C. G. et al. Enxerto ósseo em odontologia. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 30, n. 2, p. 24-28, 2009.

JÜLICH, W. D.; WOEDTKE, T. von. Reprocessing of thermosensitive materials - efficacy against bacterial spores and viruses. **J Hosp Inf**, v. 48, Suppl A, p. 69–79, 2001.

KAWANO, C. T.; SEVERINO, N. R. Enxerto ósseo autólogo para defeitos tibiais na artroplastia total de joelho. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 13, n. 3, p. 120-23, 2005.

KHAN, M. T.; IBBOTSON, C.; STOCKLEY, I. Allograft bone transplants a Sheffield experience. **Ann R Cou Surg Engi**, n. 80, p. 150-153, 1998.

KIM, H. S.; YOO, Y. S.; CHO, O. H. Satisfaction with the organ donation process of brain dead donors' families in Korea. **Transplant Proc**, v. 46, n. 10, p. 3253-6, 2014.

KNAUTH, D. **Um estudo das representações religiosas sobre doações de órgãos e sangue e influência da definição do momento da morte** [página na Internet]. Porto Alegre, 1997. Disponível em: <www.bioetica.ufrgs.br>. Acesso em: 15 março 2018.

KNIHS, N. S. et al. Compreensão da vivência da família frente a hospitalização, morte encefálica e entrevista para doação de órgãos. **Cienc Cuid Saude**, v. 14, n. 4, p. 1520-27, 2015.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

LEAL, F. Transmissão de más notícias. **Rev Port Clin Geral**, v. 19, p. 40-3, 2001.

LEXER, E. Ueberglenktransplantation. **Med Klin**, v. 4, p. 817, 1908.

LIRA, G. G. et al. Ponderações de familiares sobre a decisão de recusar a doação de órgãos. **Acta paul enferm**, v. 25, n. esp. 2, p. 140-145, 2012.

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

MACEWEN, W. Observações relativas ao transplante no osso. **Proc R Soc Lond B Biol Sci**, v. 32, p. 232-247, 1881.

MANUEL, A.; SOLBERG, S.; MACDONALD, S. Organ donation experiences of family members. **Nephrology Nursing Journal**, v. 37, n. 3, p. 299-37, 2016.

MARTINI, M. et al. O papel do enfermeiro na manutenção do potencial doador de órgãos. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, ano VI, n. 18, p. 34-48, out/dez. 2008. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/346/164>. Acesso em: 04 agosto 2015.

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

MAYNARD, L. O. D. et al. Conflict of consent for post mortem organs donation in Brazil. **R Dir sanit**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 122-144, nov. 2015/fev. 2016.

MENDES, K. D. S. et al. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis. v. 21, n. 4, p. 945-53, 2012.

MOLONEY, G.; WALKER, I. Messiahs, pariahs, and donors: the development of social representations of organ transplants. **J Theory Soc Behav**, v. 30, n. 2, p. 203-27, 2000.

MORAES, E. L.; MASSAROLLO, M. C. K. B. A recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 458-64, 2008.

_____. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. **Acta paul enferm**, v. 22, n. 2, p. 131-135, 2009.

MORAES, E. L. et al. experience of nurses in the process of donation of organs and tissues for transplant. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 226-33, 2014.

MORAES, E. L. et al. Experiences and expectations of nurses in caring for organ donors and their families. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, esp. 2, p. 129-135, 2015.

NARAYAN, R. P. Development of tissue bank. **Indian Journal of Plastic Surgery** : Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India. v. 45, n. 2, p. 396-402, 2012. Disponível em: <<http://www.ijps.org/text.asp?2012/45/2/396/101326>>. Acesso em: 15 abril 2017.

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

NEATE, S. L. et al. Understanding australian families' organ donation decisions. **Anaesth Intensive Care**, v. 43, n. 1, p. 42-50, 2015.

NICO, L. S. et al. A *grounded theory* como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 789-797, 2007.

OGATA, D. V. G. et al. Biossegurança em bancos de ossos no Brasil. **Rev Implant News**, v. 3, n. 4, p. 363-367, 2006.

OLIVEIRA, R. C. Tissue response to a membrane of demineralized bovine cortical bone implanted in the subcutaneous tissue of rats. **Braz Dent J**, v. 15, n. 1, p. 3-8, 2004.

PEREIRA, W. A. (ed.). **Manual de Transplante de Órgãos e Tecidos**. 4ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2012.

PEREIRA, A. W.; FERNANDES, R. C.; SOLER, R. C. **Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da associação brasileira de transplante de órgãos**. São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2009.

PESSALACIA, J. D. R.; CORTES, V. F.; OTTONI, A. Bioethics and organ donation in Brazil: ethical aspects in approaching the potential donor's Family. **Rev bioét**, v. 19, n. 3, p. 671-682, 2011. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewsFile/670/717>. Acesso em: 9 agosto 2015.

PETTENGILL, M. A. M.; ANGELO, M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 982-988, 2005.

PIMENTA, F. P.; AMORIM, B. R. V.; SILVA, L. J. Morte encefálica: diagnóstico possível sem utilização de exames complementares. **Arq bras neurocir**, v. 31, n. 1, p. 22-27, 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2012/v31n1/a2833.pdf>>. Acesso em: 9 agosto 2015.

POMPEU, M. H. et al. Fatores envolvidos na negativa da doação de tecido ósseo. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 380-384, 2014.

PROGRAMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES. Site na internet. **A doação de tecido ósseo**. 2011. Disponível em: <<http://www.transplante.rj.gov.br/site/conteudo/destaque.asp?EditeCodigoDaPagina=31>>. Acesso em: 29 abril 2017.

QUINTANA, A. M.; ARPINI, D. M. Doação de órgãos: possíveis elementos de resistência e aceitação. **Bol psicol**, v. 59, n. 130, p. 91-102, 2009.

RALPH, A. et al. Family perspectives on deceased organ donation: thematic synthesis of qualitative studies. **American Journal of Transplantation**, v. 20, p. 1-13, 2014.

RATZ, W. **Indicadores de desempenho na logística do sistema nacional de transplante**. São Carlos. 2006. 172 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Escola de Engenharia de São Carlos, 2006.

RECH, T. H.; RODRIGUES, F. E. M. Entrevista familiar e consentimento. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 1, p. 85-9, 2012.

REIS, D. J. F. et al. Doação e transplantes de órgãos no Brasil: filas de espera e famílias. **Revista mineira de educação física**, Viçosa, n. 5, p. 96-104, 2010. Edição especial.

REZENDE, L. B. O. et al. Doação de Órgãos no Brasil: uma análise das campanhas governamentais sob a perspectiva do marketing social. **REMark**, v. 14, n. 3, p. 362-376, 2015.

RODRIGUES-VILLAR, C. et al. Perception of transplant coordinator regarding relatives attitude toward tissue donation request. **Elsevier Inc Transplantation Proceedings**, Estados Unidos da América, v. 44, p. 2525-528, 2012.

RODRIGUES, T. M. M. et al. Doação de órgãos: percepção das famílias com pacientes internados em hospitais gerais. **R Interd**, v. 7, n. 1, p. 152-161, jan/mar. 2014.

ROSARIO, E. M. et al. Family refusal facing a potential organ donor. **Cad Saude Colet**, v. 21, n. 3, p. 260- 266, jul/set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n3/v21n3a05.pdf>>. Acesso em: 16 março 2018.

ROZA, B. A. et al. Donación de órganos y tejidos: relación com el cuerpo em nuestra sociedade. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 417-422, 2010.

_____. Organ donation procedures: na epidemiological study. **Prog Transplant**, v. 20, n. 1, p. 88-95, 2010.

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

SANTOS, M. J.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 4, p. 472-8, 2011. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/ape/v24n4/a05v24n4.pdf>>. Acesso em: 10 agosto 2015.

_____. Entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 5, p. 788-794, 2012.

SANTOS, M. J.; MORAES, E. L.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 1, p. 34-40, 2012.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução SS nº 103, de 01/08/97**. Dispõe sobre a estrutura organizacional e operacional do Sistema Estadual de Transplante de São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 1997.

SAUNDERS, J. Walking a mile in their shoes: symbolic interactionism for families living with severe mental illness. **Journal of Psychosocial Nursing**, v. 35, n. 6, p. 8-13, 1997.

SCHIRMER, J.; ROZA, B. A. Family, patients, and organ and tissue donation: Who decides? **Transplant Proceedings**, v. 40, p. 1037-1040, 2008.

SILVA, F.; JUNQUEIRA, C. R. A.; MACÁRIO, T. T. S. Projeto educativo sobre doação de órgãos em sala de aula. **JBT J Bras Transpl**, v. 15, n. 4, p. 1689-1714. 2012.

SILVEIRA, P. V. P. et al. Aspectos éticos da legislação de transplante e doação de órgãos no **Barsil Rev Bioét**, v. 17, n. 1, p. 61-75, 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/80/84>. Acesso em: 04 agosto 2015.

SIMINOFF, L. A. et al. Communicating effectively about donation: an educational intervention to increase consent to donation. **Progress Transplantation**, v. 19, n. 1, p. 35-43, 2009.

SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES. Site na internet. **Registro Brasileiro de Transplantes**, 2014. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/transplantes>>. Acesso em: 12 maio 2012.

SQUE, M. et al. Why relatives do not donate organs for transplants: 'sacrifice' or 'gift of life'? **J Adv Nurs**, v. 61, n. 2, p. 134-44, 2008.

TROUT, H. H. Espinha bífida, transplante tibial, de pai para filho. **Surg Gynecol Obstet**, v. 22, p. 523, 1915.

VARGAS, M. A.; RAMOS, F. R. S. Brain death as a presente for life: exploring contemporary cultural practices. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 1, p. 137-145, 2006.

WALKER, W.; SQUE, M. Balancing hope and despair at the end of life: the contribution of organ and tissue donation. **Journal of Critical Care**, v. 32, p. 73-78, 2016. Disponível em: <www.jccjournal.org>. Acesso em: 20 março 2017.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias** – um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Rocca, 2002. 328 p.

YAMASHITA, M. Family coping with mental illness: a comparative study. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 5, p. 515-523, 1998.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 112/2016, de 11.04.2016

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **aprovado “ad referendum”** pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em 07 de abril de 2016.

Protocolo CAAE: 46913315.0.0000.5393

Projeto: Variáveis que influenciam no processo da doação de tecido ósseo à luz da pesquisa-ação

Pesquisadores: Maria Helena Pompeu
Sonia Maria Villela Bueno (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Cláudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Sonia Maria Villela Bueno
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B – Autorização da Organização de Procura de Órgãos

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

Desde 1998

Autorização para Coleta de Dados

Eu, Jeová Nina Rocha, Médico do Departamento de Cirurgia e Anatomia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP/USP), Coordenador da Organização de Procura de Órgãos (OPO), Ribeirão Preto-SP, estando ciente dos requisitos da Resolução CNS/MS 466/12 e suas complementares, declaro que tenho conhecimento dos procedimentos/instrumentos aos quais os participantes da presente pesquisa serão submetidos. Assim sendo, autorizo a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado “Variáveis que Influenciam no Processo da Doação de Tecido Ósseo à Luz da Pesquisa-ação”, sob a responsabilidade da pesquisadora doutoranda Maria Helena Pompeu e orientadora Profa. Dra. Sônia Maria Villela Bueno, após a aprovação do referido projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

Ribeirão Preto, 29 de junho de 2015

Jeová Nina Rocha – CRM-SP 55.852
Coordenador da OPO – Ribeirão Preto/SP

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Familiares dos doadores de órgãos e tecido ósseo

Título da Pesquisa: Variáveis que influenciam no processo da doação de tecido ósseo à luz da pesquisa-ação.

Prezado (a) Senhor (a),

Meu nome é Maria Helena Pompeu. Atualmente, sou estudante de doutorado do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Sou orientanda da professora doutora Sonia Maria Villela Bueno.

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar, voluntariamente, desta pesquisa, que tem como objetivo: Identificar as principais variáveis envolvidas na efetividade da doação de tecido ósseo, durante a entrevista familiar, pelos profissionais da Organização de Procura de Órgãos (OPO), em uma região do Estado de São Paulo, no intuito de elaborar materiais educativos, visando à auxiliar a conscientização dos profissionais da área da saúde, bem como a população, resultando assim, no aumento da doação de tecido ósseo. Há uma desigualdade entre a quantidade de doadores de órgãos e doadores de tecido ósseo, que também poderia beneficiar várias pessoas no Brasil.

Como o(a) Sr.(a) vivenciou um processo de doação de um ente familiar, sua contribuição nesta pesquisa será de muita importância para entender como foi o processo do diagnóstico da morte encefálica, comunicação com a família e a decisão sobre a doação. Assim, para realizar este estudo, contamos com o(a) Sr (a), caso aceite, autorizando a utilização da observação participante, que é uma técnica de coleta de dados. Essa observação acontecerá durante a entrevista familiar para a solicitação da doação dos órgãos e tecidos de seu familiar, sendo os dados levantados, como, gestos, falas e comportamentos dos participantes diante dos temas levantados, anotados pela pesquisadora. Esse estudo, possivelmente, poderá ajudar na elaboração, execução e avaliação de ações educativas sobre doação de tecido ósseo.

Liberdade de escolha e direito de recusa:

O(a) Sr(a) poderá decidir se quer ou não participar do estudo, podendo também, interromper sua participação, a qualquer momento. Basta informar os pesquisadores, tendo a garantia do sigilo e do caráter confidencial das informações que estará prestando à pesquisadora, sendo garantida sua privacidade.

Riscos e Benefícios:

Também não serão oferecidos riscos advindos da participação nessa investigação, pois a pesquisadora apenas estará observando a entrevista que será executada pelos profissionais da Organização de Procura de Órgãos (OPO). Haverá benefícios desta pesquisa para o(a) Sr(a) que poderá obter novos conhecimentos, e suas informações serão, extremamente, valiosas no sentido de planejamentos futuros acerca dos conteúdos de orientações e educação para a população, relativos à doação de tecido ósseo. Não há despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Privacidade e o aspecto confidencial:

O(a) Sr(a) é livre para decidir se quer ou não participar da pesquisa. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante.

Esta pesquisa será analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O Comitê também tem a finalidade de proteger e preservar as pessoas que participam da pesquisa tendo em vista os seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com esse Comitê de Ética da EERP-USP, fone (16) 3315-3386, em dias úteis, nos horários das 09h00min às 18h00min ou pelo email cep@eerp.usp.br. Caso deseje falar conosco, você poderá nos encontrar por meio dos telefones (16) 99175 4174 (segunda a sexta, das 8 às 17h), ou poderá nos procurar na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, fone (16) 3315-3425, Av. dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Monte Alegre, 14040-902, Ribeirão Preto, São Paulo.

Pesquisadores principais: Maria Helena Pompeu. E-mail: helenapompeu@uol.com.br .br. e Professora Doutora Sonia Maria Villela Bueno. E-mail: smvbueno@eerp.usp.br.

Rubrica do Pesquisador

Rubrica do Responsável

- VERSO DO TCLE -
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
RG _____, abaixo assinado, após ter recebido as informações sobre sua pesquisa intitulada “Variáveis que influenciam no processo da doação de tecido ósseo à luz da pesquisa-ação”, referente aos problemas relativos ao processo de doação de tecido ósseo, concordo em participar. Confirmando ter recebido as informações sobre a pesquisa a ser desenvolvida, e estou ciente sobre os direitos abaixo relacionados:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento às dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa.
2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga qualquer prejuízo para o entrevistado.
3. A segurança de que serão preservadas a identidade e privacidade do entrevistado.
4. A garantia de que não haverá riscos e nem desconfortos, gastos de qualquer natureza.
5. A garantia de seguir todas as exigências que constam na Resolução 466/12.

Esclareço que em caso de dúvida, fui orientado a procurar a aluna de doutorado Maria Helena Pompeu e/ou à Professora Doutora Sonia Maria Villela Bueno.

Declaro que tenho conhecimento dos direitos descritos acima; concordo que os resultados possam ser divulgados em eventos e periódicos científicos; concordo livremente em participar deste estudo, ciente que minha participação é voluntária e sem nenhum incentivo direto e/ou remuneração por meio da participação na pesquisa; e que recebi uma cópia assinada deste termo. Estando de acordo assino o presente.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____

_____ Participante da pesquisa	_____ Responsável pela pesquisa
-----------------------------------	------------------------------------

Este termo deverá ser feito em duas vias originais, que serão assinadas tanto pelo participante quanto pelo pesquisador, e uma delas ficará com o participante.

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Profissionais da Organização de Procura de Órgãos

Título da Pesquisa: Variáveis que influenciam no processo da doação de tecido ósseo à luz da pesquisa-ação.

Prezado (a) Senhor (a),

Meu nome é Maria Helena Pompeu. Atualmente, sou estudante de doutorado do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Sou orientanda da professora doutora Sonia Maria Villela Bueno.

Convidamos o(a) Sr(a) para participar voluntariamente, desta pesquisa, que tem como objetivo: Identificar as principais variáveis envolvidas na efetividade da doação de tecido ósseo durante a entrevista familiar, pelos profissionais da OPO, em uma região do Estado de São Paulo, no intuito, de elaborar materiais educativos que possam auxiliar a conscientização dos profissionais da área da saúde, bem como a população, resultando assim, no aumento da doação de tecido ósseo. E para realizar este estudo, contamos com você (caso aceite), participando de uma entrevista que contém questões norteadoras que revelam sua experiência na abordagem familiar para doação de tecido ósseo. Informamos também, a utilização da observação participante, que é uma técnica de coleta de dados. Essa observação acontecerá durante todos os nossos encontros grupais, desde a aplicação do instrumento até a avaliação das ações educativas, assim como, durante as entrevistas familiares. Os dados levantados na observação participante, como, gestos, falas e comportamentos dos participantes diante dos temas levantados serão anotados. Esse estudo possivelmente poderá ajudar na elaboração, execução e avaliação de ações educativas sobre doação de tecido ósseo. Por isso, acredito que você seja uma pessoa importante, para dar opiniões a respeito do assunto. Se você se interessar em participar deste estudo, você poderá participar da entrevista, que deverá durar mais ou menos meia hora e será realizada nas dependências da OPO. Essa será a primeira fase da pesquisa. Após a coleta, será muito importante sua participação se quiser na elaboração, execução e avaliação das ações educativas sobre doação de tecido ósseo, pois em nosso estudo vocês fazem parte de toda construção dessas ações. Isso ocorrerá, através de encontros para discussão dos temas que serão levantados a partir das falas obtidas através da entrevista, assim como, para definição das melhores estratégias para execução das ações educativas. Essa segunda fase (desenvolvimento do programa educativo sobre o tema central), pode durar aproximadamente dez horas, as quais serão divididas, de acordo com os horários de vocês.

Liberdade de escolha e direito de recusa:

O(a) Sr(a) não precisa responder perguntas que não queira, pode decidir se quer ou não participar do estudo, podendo também, interromper sua participação, a qualquer momento. Basta informar os pesquisadores. A decisão de não participar da pesquisa, não afeta em seu trabalho, e nem traz prejuízo ao andamento da pesquisa.

Riscos e Benefícios:

Também não serão oferecidos riscos advindos da participação nessa investigação, pois cada sujeito responderá apenas às questões previamente formuladas, bem como poderão determinar data, local e horário do encontro, além de retirar-se do estudo no tempo em que lhe convier. O benefício pode ser a chance de discutir assuntos de interesse do(a) Sr(a) sobre doação de tecido ósseo, que o ajudará na sua prática cotidiana. Não há despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Privacidade e o aspecto confidencial:

O(a) Sr(a) é livre para decidir se quer ou não participar da entrevista. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Será garantido a(o) Sr(a) o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa.

. Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O Comitê também tem a finalidade de proteger e preservar as pessoas que participam da pesquisa tendo em vista os seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com esse Comitê de Ética da EERP-USP, fone (16) 3315-3386, em dias úteis, nos horários das 09h00min às 18h00min ou pelo email cep@eerp.usp.br. Caso deseje falar conosco, você poderá nos encontrar por meio dos telefones (16) 99175 4174 (segunda a sexta, das 8 às 17h), ou poderá nos procurar na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, fone (16) 3315-3425, Av. dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Monte Alegre, 14040-902, Ribeirão Preto, São Paulo.

Pesquisadores principais: Maria Helena Pompeu. E-mail: helenapompeu@uol.com .br. e Professora Doutora Sonia Maria Villela Bueno. E-mail: smvbueno@eerp.usp.br.

Rubrica do Pesquisador

Rubrica do Responsável

- VERSO DO TCLE -
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
RG _____, abaixo assinado, após ter recebido as informações sobre sua pesquisa intitulada “Variáveis que influenciam no processo da doação de tecido ósseo à luz da pesquisa-ação”, referente aos problemas relativos ao processo de doação de tecido ósseo, concordo em participar. Confirmando ter recebido as informações sobre a pesquisa a ser desenvolvida, e estou ciente sobre os direitos abaixo relacionados:

6. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa.
7. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga qualquer prejuízo para o entrevistado.
8. A segurança de que serão preservadas a identidade e privacidade do entrevistado.
9. O compromisso de me valer da legislação em caso de dano.
10. A garantia de que não haverá riscos e nem desconfortos, gastos de qualquer natureza.
11. A garantia de seguir todas as exigências que constam na Resolução 466/12.

Esclareço que em caso de dúvida, fui orientado a procurar a aluna de doutorado Maria Helena Pompeu e/ou à Professora Doutora Sonia Maria Villela Bueno.

Declaro que tenho conhecimento dos direitos descritos acima; concordo que os resultados possam ser divulgados em eventos e periódicos científicos; concordo livremente em participar deste estudo, ciente que minha participação é voluntária e sem nenhum incentivo direto e/ou remuneração por meio da participação na pesquisa; e que recebi uma cópia assinada deste termo. Estando de acordo assino o presente.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____

Participante da pesquisa

Responsável pela pesquisa

Este termo deverá ser feito em duas vias originais, que serão assinadas tanto pelo participante quanto pelo pesquisador, e uma delas ficará com o participante.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com os familiares dos doadores de órgãos e tecido ósseo

Entrevista nº: _____ (Denominação: F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9)

Data: _____

Início: _____ h. Término: _____ h.

Estamos estudando o processo de doação do tecido ósseo porque existem poucos estudos sobre esse tema. Principalmente existem poucos estudos que conversam com os familiares sobre esse tema.

Considerando que o Senhor (a) passou pela situação da doação e concordou em fazer a doação do tecido ósseo, penso que o Sr (a) é uma pessoa importante para colaborar com a presente pesquisa.

1. Caracterização do doador de órgãos e tecido ósseo:

1-Identificação do Doador – Prontuário OPO	
Nome: _____	Registro: _____
Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐	Idade: _____
Etnia: Pardo ☐ Preto ☐ Amarelo ☐ Branco ☐ Outro ☐	
Data de admissão no hospital: ____/____/____	
Nome do Hospital: _____	
Data do óbito: ____/____/____	
Causa mortis: Trauma ☐ Não trauma ☐	
2-Considerações do Doador	
O paciente deixou expresso em vida o desejo de ser um doador? Sim ☐ Não ☐	
Como e quando foi expresso este desejo? _____	
Se sim, este conhecimento ajudou na decisão pela doação? Sim ☐ Não ☐	
Como? _____	

2. Pergunta Norteadora

“Gostaria que me contasse como foi a experiência de sua família com o processo de doação do tecido ósseo”.

3- Perguntas auxiliares:

- 1- Os membros da família conversaram entre si sobre o assunto?
- 2- Quais as repercussões na família referente a doação?
- 3- Que outras pessoas do seu contexto colaboraram no processo de doação?
- 4- Como foi a relação da família com a equipe hospitalar?
- 5- Durante a solicitação do osso qual foi a reação da família?
- 6- Foram-lhes explicado quais seriam os ossos que seriam retirados e como seria a recomposição do corpo?
- 7- Esse tipo de doação já era de conhecimento da família?

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com os enfermeiros da Organização de Procura de Órgãos

Entrevista nº: _____ (Denominação: E1, E2, E3, E4)

Data: _____

Início: _____ h. Término: _____ h.

1. Caracterização do sujeito da pesquisa:

1.1 () Feminino () Masculino

1.2 Idade: _____ anos.

1.3 Tempo de formação: _____ anos.

1.4 Pós-graduação: _____

1.5 Tempo de atuação na OPO: _____ anos.

2. Pergunta norteadora:

Estamos estudando o processo de doação do tecido ósseo porque existem poucos estudos sobre esse tema. Principalmente existem poucos estudos que conversam com os familiares sobre esse tema.

Considerando que você é um enfermeiro experiente no que se refere ao acolhimento da família para a solicitação da doação dos órgãos e tecidos, gostaria que você fizesse uma reflexão sobre qual a diferença entre os familiares que concordam em fazer a doação do tecido ósseo, das que não concordam em efetuar esse tipo de doação.

2.1 Perguntas auxiliares:

- 1- Você sente alguma dificuldade em solicitar esta doação?
- 2- Você explica quais os ossos serão retirados? De que forma?
- 3- Você explica como será feita a reconstituição do corpo? De que forma?
- 4- Ao serem abordados referente à doação do tecido ósseo, quais os sentimentos que os familiares demonstram normalmente?
- 5- O que deve ser considerado na realização da entrevista familiar para a doação do tecido ósseo?
- 6- Quais propostas você faria para aprimoramento da entrevista na doação de tecido ósseo?
- 7- Quais propostas você faria para que pudéssemos alcançar um maior conhecimento deste tipo de doação entre os profissionais de saúde, entre acadêmicos e a população?