UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**VIVÊNCIA DE ENFERMEIROS NO PROCESSO DE
DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE**

EDVALDO LEAL DE MORAES

SÃO PAULO
2013

EDVALDO LEAL DE MORAES

**VIVÊNCIA DE ENFERMEIROS NO PROCESSO DE
DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE**

Tese Apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração:
Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em
Enfermagem e em Saúde

Orientadora:
Profª Drª Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo.

**SÃO PAULO
2013**

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.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Moraes, Edvaldo Leal de

Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante / Edvaldo Leal de Moraes. - São Paulo, 2013.

162 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo

Área concentração: Fundamentos e práticas de gerenciamento em enfermagem e em saúde.

1. Enfermagem 2. Obtenção de tecidos e órgãos 3. Transplante de órgãos 4. Transplante de tecidos 5. Morte cerebral I. Título.

Nome: Edvaldo Leal de Moraes

Título: Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A meus pais, Maria do Carmo Leal Moraes e José Alves de Moraes, que possibilitaram minha existência.

A meus irmãos, irmãs e todos meus sobrinhos, pelo carinho, companheirismo e por acreditarem em mim.

A Sônia Regina Theodoro, que me acompanhou durante todos esses anos, pelo seu grande incentivo, carinho e amizade.

A minha grande amiga e irmã de alma, Sandra Beatriz Pedra Branca, pela amizade verdadeira.

Aos enfermeiros envolvidos no processo de doação e transplante, por toda dedicação, amor e compromisso com a ética, humanismo e transparência desse processo.

Aos amigos eternos, José Carlos Moreira da Costa e minha irmã Conceição Alves de Moraes, que vivem na presença do misericordioso Deus.

AGRADECIMENTOS

A meu Deus misericordioso, por sua eterna bondade.

Aos doadores de órgãos e tecidos e seus familiares.

À Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo, por sua amizade, incentivo, confiança, paciência, dedicação e exemplo de profissionalismo.

À Prof.^a Dr.^a Miriam Aparecida Barbosa Merighi, pela paciência e inestimável contribuição na construção desta tese.

Ao Prof.^o Dr. Marcelo José dos Santos, pela grande contribuição no exame de qualificação e por sua preciosa amizade.

À Prof.^a Dr.^a Bartira de Aguiar Roza, pela grande contribuição no campo da pesquisa em doação e transplante de órgãos e tecidos.

À Prof.^a Dr.^a Janine Schirmer, pela incansável dedicação à causa da doação de órgãos e tecidos para transplante.

*Ao Coordenador Médico do Serviço de Procura de Órgãos e Tecido do HC-FMUSP, **Leonardo Borges de Barros e Silva**, grande companheiro de trabalho, por sua generosidade e por reconhecer as potencialidades dos enfermeiros que atuam no campo da doação de órgãos e tecidos para transplante.*

*Aos Enfermeiros do SPOT-HCFMUSP: **Aparecida de Jesus Guarino, André Ramos Carneiro, Aline Rosalles Bezerra, Carla Rojas Azevedo D'Ávila, Fabrício Ferreira Neves, Janiel Glinke, Nair Cordeiros dos Santos da Paixão, Nelly Miyuki Shinohara Izumi, Paulo Roberto Gradella e Tatiana Cristine de Moraes**, meu mais profundo respeito e admiração por representarem o que há de mais belo a seguir no campo profissional e pessoal, por compartilharem também de minhas angústias e felicidades durante o caminhar deste estudo.*

*Ao médico **Luis Augusto Sales Lima Pilan**, por sua presença amigável, pelo grande otimismo e incentivo aos enfermeiros do SPOT-HCFMUSP.*

Ao Prof.º Dr. Telesforo Bacchella, por acreditar no trabalho, profissionalismo e empenho dos profissionais do SPOT-HCFMUSP.

Ao Prof.º Dr. William Carlos Nahas, por acreditar no trabalho dos profissionais do SPOT-HCFMUSP.

Ao Prof.º Dr. Luiz Augusto D’Albuquerque Carneiro, por incentivar a doação de órgãos e tecidos.

Às Enfermeiras Toshiko Oya, Carmen Mohamad Rida Saleh, Lígia Maria Dal Secco, Edna Barbosa da Silva Peixoto e Mara Nogueira de Araújo, pelo exemplo de profissional e pela amizade durante todos esses anos.

Ao Prof.º Dr. Almir Ferreira de Andrade, pela incansável dedicação à causa da doação de órgãos e tecidos para transplante.

Ao Prof.º Dr. José Osmar Medina Pestana, por proporcionar e facilitar a coleta de dados com os enfermeiros do SPOT-EPM.

Ao Prof.º Dr. Franklin Santana Santos, pela amizade e por ser o grande representante e entusiasta da tanatologia no Brasil e também por incentivar a divulgação da doação de órgãos e tecidos para transplante.

À Dr.ª Andrea Cotait Ayuob, pela colaboração durante a realização desta pesquisa.

Ao enfermeiro César Augusto Guimarães de Almeida, pelo empenho e ajuda na coleta de dados com os enfermeiros do SPOT-Dante Pazzanese.

Ao médico coordenador do SPOT-Dante Pazzanese, Antônio Flávio Sanchez de Almeida, por incentivar a pesquisa em doação de órgãos e tecidos.

Aos amigos da Divisão de Enfermagem do Instituto Central do HC-FMUSP, pelo apoio e incentivo.

A Terezinha Simões da Cruz, Diretora do Serviço de Expediente da Diretoria Clínica do HCFMUSP, por facilitar, incentivar e colaborar com a doação de órgãos e tecidos.

Ao Serviço Social do Pronto Socorro do Instituto Central do HC-FMUSP, na pessoa de D^a. Maria Dolores Galinanes Otero Fernandes, pela amizade, carinho e dedicação aos familiares dos doadores de órgãos e tecidos.

À Central de Transplante de São Paulo, na pessoa do Prof.^o Dr. Agenor Spallini Ferraz, por ser um modelo para o Brasil.

À equipe do laboratório de imunologia do ICHC-FMUSP, pela amizade, empenho, dedicação e competência na realização dos testes sorológicos dos doadores falecidos.

Aos médicos: Milton Glezer, Luiz Augusto Pereira, Reginaldo Carlos Boni e Rosana Nothen, pela grande contribuição no processo de doação no cenário nacional.

Às amigas: Adriana Cortez, Adriana Aparecida de Faria Lima, Edna Sueli Sanches, Gláucia Cabrino, Marta Bellazzi Padrão, Iriane Murbach, Priscila Fukunaga, Sonia Angélica Coria, pelas contribuições no início do trabalho com doação de órgãos e tecidos para transplante.

Às equipes do SPOT da Escola Paulista de Medicina, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia e Santa Casa de

Misericórdia de São Paulo, por contribuírem, para que os transplantes sejam uma realidade social.

À Prof.^a Ivone Borelli, pela primorosa correção de português.

Encontrei hoje em ruas, separadamente, dois amigos meus que se haviam zangado. Cada um me contou a narrativa de por que se haviam zangado. Cada um me disse a verdade. Cada um me contou as suas razões. Ambos tinham razão. Ambos tinham toda a razão. Não era que um via uma coisa e outro outra, ou um via um lado das coisas e outro um lado diferente. Não: cada um via as coisas exatamente como se haviam passado, cada um as via com um critério idêntico ao do outro. Mas cada um via uma coisa diferente, e cada um, portanto, tinha razão. Fiquei confuso desta dupla existência da verdade.

(Fernando Pessoa)

Moraes EL. Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante [Tese]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

RESUMO

Introdução: a escassez de órgãos e tecidos continua sendo um dos maiores obstáculos para as equipes de transplantes em todos os países. Diante desse cenário, ressalta-se a importância do trabalho realizado pelos enfermeiros na viabilização de órgãos e tecidos para transplante. **Objetivo:** esta pesquisa teve como objetivo compreender o significado da ação de enfermeiros no processo de doação para viabilizar órgãos e tecidos para transplante. **Método:** optou-se por realizar uma pesquisa qualitativa, com a abordagem da fenomenologia social de Alfred Schutz. Os dados foram coletados entre setembro de 2011 e junho de 2012, por meio de entrevistas com as seguintes questões norteadoras: você poderia me contar sua experiência no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante? O que você espera com sua atuação nesse processo? Como você considera que deve ser esse processo? Participaram do estudo dez enfermeiros com diferentes tempos de formação e atuação de três Serviços de Procura de Órgãos e Tecidos da cidade de São Paulo. Após a obtenção dos discursos, estes foram analisados individualmente, seguindo procedimentos organizados de modo sistemático, preconizados por pesquisadores da Fenomenologia Social. **Resultados:** o contexto do significado da ação dos enfermeiros no processo de doação foi desvelado, tendo como base a vivência desses profissionais nesse cenário, representado pelas categorias: obstáculos vivenciados, intervenções realizadas e contribuição do trabalho. A intencionalidade da ação para viabilizar órgãos e tecidos para transplante está descrita pelas categorias: mudar paradigmas, humanizar o processo de doação, ser reconhecido, aumentar a doação e salvar vidas. Para os enfermeiros participantes do estudo, o processo de doação é marcado por obstáculos nas diversas etapas e frente a essas dificuldades realizam intervenções para aperfeiçoar esse campo da saúde, reconhecendo a importância do trabalho no âmbito pessoal, profissional e social. Ao refletirem sobre seus atos, os enfermeiros percebem que seu papel como agentes de transformação é essencial, e as ações são projetadas com o intuito de mudar os paradigmas da equipe multidisciplinar, e a educação é utilizada, como um instrumento relevante na promoção de um novo modo de ver e pensar essa especialidade da área da saúde. Diante da possibilidade de mudança de atitude, esses atores sociais vislumbram a oportunidade de humanizar a assistência oferecida aos familiares do doador falecido e esperam ser reconhecidos como interlocutores, articuladores e facilitadores no processo de doação e transplante, intencionando com suas ações aumentar a doação e, com isso, salvar vidas.

Considerações finais: o que se mostrou como típico na ação social dos enfermeiros, com base nos dados obtidos da vivência desses sujeitos, indicou caminhos para superar as barreiras no processo de doação e para a realização de futuras pesquisas, que possibilitarão a construção do conhecimento nesse campo da enfermagem.

Descritores: Enfermagem. Obtenção de tecidos e órgãos. Transplante de órgãos. Transplante de tecidos. Morte encefálica.

Moraes EL. Experience of nurses in the donation process of organs and tissues for transplantation [Thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

ABSTRACT

Introduction: the shortage of organs and tissues remains a major obstacles for transplant teams in all countries. Given this scenario, it emphasizes the work done by nurses in the viability of organs and tissues for transplantation. **Objective:** this research aimed to understand the significance of the nurses' actions in the donation process for procuring organs and tissues for transplantation. **Method:** a qualitative research approach, with the social phenomenology of Alfred Schutz, was selected. Data was collected from September 2011 to June 2012, through interviews containing the following questions: could you tell me your experience in the process of donating organs and tissues for transplantation? What do you expect in your performance in this process? How do you think this process should be? Ten nurses participated in this study from different graduation timeframes and working at three Services for Procurement of Organs and Tissues in the city of São Paulo. After obtaining the statements, each was individually analyzed, following procedures systematically organized, and advocated by researchers of Social Phenomenology. **Results:** The context of the significance of the nurses' actions in the donation process was revealed, based on the experience of these professionals, in this scenario, represented in categories: obstacles experienced, interventions and labor contribution. The intentionality of actions to procure organs and tissues for transplantation is described through the following categories: changing paradigms, humanizing the donation process, recognition, increasing donations and saving lives. For nurses participating in this study, the donation processes is marked by obstacles in the various stages and in order to face these difficulties, perform interventions to improve this field of health, recognizing the importance of their work in a personal, professional and social context. When reflecting on their actions, nurses perceive their role as agents of change and essential and therefore actions are designed to change the paradigms of the multidisciplinary team, and that education should be used as an important tool in promoting a new way of seeing and thinking for this healthcare specialty. Facing the possibility of attitude changes, these "social actors" envision an opportunity to humanize the assistance offered to the families of the deceased donor and expect to be recognized as speakers, organizers and facilitators in the process of donation and transplantation with the intention, through these actions, to establish a new way of increasing donations and thereby saving lives. **Final Considerations:** What proved to be typical in the social action of these nurses, derived from the data obtained about their experiences with this subject, indicated ways to overcome barriers in the donation

process as well as indicated a necessity to conduct further research, to aid in the construction of a knowledge base in this particular field of nursing.

Descriptors: Nursing. Tissue and organ procurement. Organ transplantation. Tissue transplantation. Brain death.

LISTA DE SIGLAS

CNCDO	Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
CIHDOTT	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para transplante
ME	Morte Encefálica
OPO	Organização de Procura de Órgãos
SPOT	Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
1.1	O PESQUISADOR E O OBJETO DO ESTUDO	20
1.2	AS INQUIETAÇÕES, O OBJETIVO E AS JUSTIFICATIVAS DO ESTUDO	27
2	PRÉ-REFLEXÕES SOBRE A TEMÁTICA: O ENCONTRO COM A LITERATURA.....	31
2.1	A EDUCAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE REFERENTE AO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE	31
2.2	O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE	34
3	O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	44
4	O CAMINHO METODOLÓGICO	65
4.1	O LOCAL DO ESTUDO	65
4.2	OS SUJEITOS DA PESQUISA	66
4.3	A COLETA DE DADOS.....	67
4.4	OS ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	68
4.5	A ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	69
5	RESULTADOS.....	73
5.1	APRESENTANDO OS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DO ESTUDO	73
5.2	AS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO.....	78
5.2.1	A vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante: os “motivos porque”	78
5.2.2	A intencionalidade da ação dos enfermeiros no processo de doação para viabilizar órgãos e tecidos para transplante: os “motivos para”	97
6	APRESENTAÇÃO DO TIPO VIVIDO	110
7	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	113
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
	REFERÊNCIAS	139
	ANEXOS	151
	APÊNDICES	161

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 O PESQUISADOR E O OBJETO DO ESTUDO

O interesse em realizar este estudo surgiu de minha experiência como enfermeiro e profissional que atua em um Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos (SPOT) da cidade de São Paulo, somado à observação do mundo vida de meus colegas de trabalho, ou seja, do grupo social do qual faço parte. Dessa forma, essa primeira aproximação com a temática consiste em apresentar ao leitor o fenômeno que foi estudado: **vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.**

Desde 1996, atuando no processo de doação e transplante, venho percebendo o quanto é relevante a participação dos profissionais do SPOT, sobretudo dos enfermeiros, na obtenção de órgãos e tecidos. Considero estes meus semelhantes e contemporâneos, como sendo os articuladores entre a possibilidade e a concretização dos transplantes.

No início de minha atuação profissional como enfermeiro, fui selecionado para atuar no Sistema Interno de Captação de Órgãos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (SICO-HCFMUSP). O trabalho estava centrado na procura e identificação do possível doador^A no Complexo do HCFMUSP. A detecção, avaliação, manutenção do potencial doador em morte encefálica^B e entrevista familiar para apresentar a possibilidade da doação em outros hospitais de São Paulo eram de responsabilidade da

^A **Possível doador** é o indivíduo em coma aperceptivo (escore de três pontos na escala de coma de Glasgow). Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Diário Oficial da União, Brasília, 30 out. 2009. Seção 1, p. 98.

^B **Potencial doador em morte encefálica** é o indivíduo em morte encefálica diagnosticada pelo primeiro exame clínico. Brasil. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Diário Oficial da União, Brasília, 30 out. 2009. Seção 1, p. 98.

Central de Transplantes da Secretaria de Estado da Saúde (CT-SES), que contava com uma equipe de enfermeiros coordenados por um médico.

O papel dos profissionais da CT-SES era facilitar e viabilizar o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. Uma vez autorizada a doação pelos familiares do potencial doador em morte encefálica, o enfermeiro da Central de Transplantes avisava ao plantonista do SICO, que acionava a ambulância do HCFMUSP, dirigia-se ao local onde se encontrava o potencial doador e realizava sua transferência para uma das unidades onde seria realizado o diagnóstico gráfico da morte encefálica (ME). O potencial doador adulto era internado no Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IC-HCFMUSP), e o potencial doador pediátrico no Instituto da Criança (ICr-HCFMUSP), onde recebiam todos os cuidados da equipe multiprofissional.

Com a finalidade de regulamentar a atividade de captação e fiscalizar o destino dos órgãos e tecidos doados, no Brasil foi instituída a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e cria, em âmbito nacional, o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) e as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), também conhecidas por Centrais de Transplantes. A atividade de viabilização dos potenciais doadores de órgãos e tecidos foi repassada para a Organização de Procura de Órgãos (OPO) que, posteriormente, recebeu a denominação de Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos^C. O SPOT é uma entidade constituída por hospitais

^C **A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**, por meio da Resolução SS-151, de 13 de agosto de 2010, que dispõe sobre a estrutura organizacional e operacional do Sistema Estadual de Transplantes de São Paulo, modificou a denominação Organização de Procura de Órgãos (OPO) para Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos (SPOT). A OPO/SPOT é uma entidade com atuação regionalizada, para detecção e demais procedimentos que viabilizem o aproveitamento de órgãos e tecidos de potencial doador nos hospitais de sua abrangência. Cabe ressaltar que, nesta pesquisa, serão utilizadas as denominações de SPOT e OPO, indistintamente. São Paulo (Estado). Resolução SS - 151, de 13 de agosto de 2010. Dispõe sobre a

de sua área territorial, com atuação regionalizada, para detecção de possíveis doadores e demais procedimentos para obtenção de órgãos e tecidos para transplante.

Na cidade de São Paulo, existem quatro Serviços de Procura de Órgãos e Tecidos, localizados em hospitais-escola voltados à assistência, ensino e pesquisa (SPOT do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo, SPOT da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, SPOT da Escola Paulista de Medicina e SPOT do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia). No interior, são seis serviços, situados nas cidades de Botucatu, Campinas, Marília, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto e Sorocaba.

As equipes desses serviços são formadas por médicos coordenadores e enfermeiros. O trabalho do enfermeiro plantonista do SPOT consiste na educação permanente dos profissionais de saúde referente ao processo de doação e atuar como agente facilitador, que possibilitará a viabilização do doador elegível em morte encefálica^D em doador de órgãos implantados^E.

Há algum tempo um acontecimento marcou muito minha vida pessoal e profissional, quando vivenciei o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante em minha própria família. Minha irmã, após uma hemorragia subaracnóidea extensa e devastadora, evoluiu para o quadro de morte encefálica. O processo foi lento, demorado e burocrático. Vários episódios contribuíram, para que minha família classificasse esse processo como sendo desgastante e doloroso. Em

estrutura organizacional e operacional do Sistema Estadual de Transplantes de São Paulo. In: Central de Transplantes: <http://www.saude.sp.gov.br>; 2012.

^D **Doador elegível em morte encefálica** é o indivíduo em morte encefálica já diagnosticada e sem contraindicações conhecidas. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Diário Oficial da União, Brasília, 30 out. 2009. Seção 1, p. 98.

^E **Doador de órgãos implantados** é o doador de quem transplantou, pelo menos, um órgão. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Diário Oficial da União, Brasília, 30 out. 2009. Seção 1, p. 98.

primeiro lugar, a demora para a realização do diagnóstico clínico de ME e a escassez de recursos tecnológicos para confirmar o diagnóstico gráfico da morte. Em segundo, a morosidade da equipe de captação para agilizar o processo de doação, aumentando a tensão emocional de meus familiares frente à perda de nosso ente querido.

Outro ponto desfavorável foi o desencontro de informações entre CNCDO e a equipe de saúde do hospital, onde estava minha irmã. Ao mesmo tempo em que minha família reclamava da morosidade do processo, classificando tal situação como desrespeitosa, colocava-me exatamente no lugar daqueles profissionais, pois essa situação fazia parte de meu cotidiano de trabalho, quando, em muitos casos de doação, me sentia impotente frente ao sofrimento dos familiares.

Diante da experiência vivida, como enfermeiro e profissional da doação e, acima de tudo, como indivíduo vivendo no mundo cotidiano e sujeito a experienciar tal acontecimento, pude perceber, na condição de familiar de doador, todas as dúvidas, temores e incertezas diante da perda repentina de um ente querido.

Essa percepção foi identificada também por familiares de doadores elegíveis, quando, em 2007, no curso de mestrado, realizei um estudo qualitativo: *A recusa familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante*. Nesse estudo, as famílias apontaram inadequações no processo de doação, como por exemplo, informação inadequada sobre a condição do ente querido e falta de apoio da equipe de saúde frente à decisão de não doar os órgãos para transplante. Esses familiares apresentaram tais fatores como motivos para recusar a doação^(1,2).

No processo de doação, a família é o elemento principal, e a transparência do processo ocorre quando os familiares do possível doador são devidamente acolhidos, acompanhados e esclarecidos sobre a gravidade da condição do paciente com suspeita de morte encefálica, pois a falta de esclarecimento é percebida como uma situação que gera angústia, dor e desespero. A equipe de saúde deve oferecer apoio aos familiares, independente da manifestação contrária

à doação. A postura ética e o respeito diante do sofrimento da família são deveres do profissional do SPOT e da equipe que presta assistência ao doador de órgãos^F e seus parentes. A falta de sensibilidade da equipe é um fator que adiciona sofrimento, quando a família percebe que o único interesse do profissional que está cuidando do doador falecido é a doação dos órgãos e tecidos^(1,2).

Os resultados do estudo contribuíram para melhorar a compreensão em relação aos motivos apontados pelas famílias de doadores falecidos para recusar a doação de órgãos e tecidos para transplante.

Sendo assim, em agosto de 2007, a Organização de Procura de Órgãos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, responsável pela operacionalização do processo de doação na zona oeste do Município de São Paulo, iniciou o trabalho de reestruturação das atividades de captação.

Nova modalidade de atuação foi implantada e, inicialmente, algumas estratégias foram implementadas, dentre elas: a ampliação do quadro de enfermeiros, intensificação da atividade de busca ativa de possíveis doadores, reestruturação do serviço de diagnóstico complementar da morte encefálica, extração de órgãos e tecidos no hospital notificador e realização de cursos de atualização em captação de órgãos e tecidos para profissionais de saúde.

Tais medidas resultaram em um aumento significativo no número de doador multiorgânico de órgãos implantados^G. Em 2007, obteve-se 44 doadores, aproximadamente, sete por milhão de pessoas por ano (pmp/ano). Após a implantação de tais estratégias, o SPOT do Hospital

^F **Doador de órgãos, doador falecido, paciente com diagnóstico de morte encefálica e doador elegível** foram utilizados neste estudo, indistintamente, referindo-se ao paciente em morte encefálica e com possibilidade de doar órgãos e tecidos para transplante.

^G **Doador multiorgânico de órgãos implantados** é o doador do qual foram removidos, pelo menos, dois órgãos diferentes para fim de transplantes. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Diário Oficial da União, Brasília, 30 out. 2009. Seção 1, p. 98.

das Clínicas de São Paulo vem mantendo uma taxa de 22 doadores pmp/ano. Esses dados revelam que existe um grande potencial de obtenção de órgãos provenientes de doadores falecidos, entretanto, há necessidade de planejamento de ações, objetivando superar os obstáculos no processo de doação e transplante.

Mesmo com o aumento do número de doadores de órgãos no Estado de São Paulo (18 doadores pmp/ano)⁽³⁾ esse índice, ainda, é insuficiente para atender à demanda de receptores.

A escassez de órgãos continua sendo um dos maiores obstáculos para as equipes de transplantes em todos os países. O número de candidatos em lista de espera supera a oferta de órgãos, gerando uma dificuldade no acesso a essa modalidade terapêutica nos diversos estados brasileiros^(4,5,6,7,8,9). Nesse sentido, ressalto a importância do trabalho realizado pelos enfermeiros dos Serviços de Procura de Órgãos e Tecidos, pois, sendo responsáveis por atuarem como facilitadores no processo de doação e transplante, esses profissionais são treinados para atuar nesse cenário.

Na atualidade, a temática sobre doação e transplante encontra-se cada vez mais presente na vida de muitas famílias brasileiras, seja pela necessidade de decidir sobre o destino que darão aos órgãos e tecidos do parente falecido ou pela necessidade de um órgão para transplante. Essa modalidade terapêutica produz um impacto positivo, tanto na sobrevida como na qualidade de vida de pacientes com doença terminal do órgão. O enfermeiro do SPOT está inserido nesse contexto, seja por meio de sua atuação na viabilização de órgãos e tecidos ou como cidadão sujeito a experimentar a perda de um familiar.

Diante desse cenário, o enfermeiro pode ser considerado elemento-chave na obtenção e viabilização de órgãos e tecidos para transplante, pois, em seu dia a dia de trabalho, as relações intersubjetivas com a equipe multidisciplinar de saúde, transplantadores e familiares de doadores elegíveis, são repletas de significados subjetivos, de motivos para atuar nesse processo. As ações desse profissional, possivelmente, intencionam otimizar a qualidade dos

órgãos ofertados, a transparência do processo de doação e a efetivação do maior número possível de doadores e, com isso, contribuir para o sucesso dos programas de transplantes de órgãos e implante de tecidos. No entanto, os trabalhos de pesquisa vêm explorando pouco ou quase nada a respeito da experiência desse grupo social em seu mundo vida.

Estudo bibliográfico sobre a produção científica de enfermeiros brasileiros referente à doação e transplante de órgãos revelou que o número de publicações de enfermagem concentrou-se, principalmente, na temática transplante, especialmente, renal e hepático. Em relação ao tema doação de órgãos, os trabalhos mais abordados foram sobre morte encefálica, captação de órgãos, manutenção do potencial doador e a respeito das Organizações de Procura de Órgãos⁽¹⁰⁾. A pesquisa mostrou que existe uma grande lacuna de conhecimento, no que se refere à abordagem da vivência de enfermeiros no processo, e o significado da ação desses profissionais para viabilizar órgãos e tecidos para transplante.

O processo é complexo, e o enfermeiro do SPOT tem um papel fundamental, sendo responsável por inúmeras ações que possibilitarão a realização dos transplantes. Esse profissional participa da identificação dos pacientes com suspeita de morte encefálica, por meio da busca ativa de possíveis doadores. Além disso, solicita e fornece orientações à equipe de saúde sobre a importância da realização do diagnóstico de morte encefálica, notificação dessa condição à CNCDO e a manutenção hemodinâmica adequada dos órgãos para transplantes.

Quando ocorre a confirmação do diagnóstico de ME, o médico esclarece aos familiares do doador falecido sobre a irreversibilidade da situação, e o enfermeiro do Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos realiza a entrevista familiar para informar sobre a possibilidade da doação. Caso a família autorize, esse profissional procede a coleta de material biológico para realização de exames que irão garantir a qualidade dos órgãos e tecidos a serem extraídos e transplantados.

De posse dos resultados de todos os exames laboratoriais do doador elegível, o enfermeiro do SPOT repassa tais informações à CNCDO, que realiza a distribuição dos órgãos, indicando a equipe responsável pela retirada e transplante de cada um dos órgãos doados. Em seguida, o enfermeiro entra em contato com a equipe do centro cirúrgico para agendar o horário da cirurgia de captação e acompanha todos os procedimentos. Após a retirada, o corpo do falecido é recomposto condignamente e entregue a seus familiares para sepultamento.

Nos casos de morte violenta o corpo do doador é encaminhado obrigatoriamente ao Instituto Médico Legal (IML) para ser feita a autópsia. O enfermeiro do SPOT acolhe, acompanha, informa e esclarece os familiares do falecido sobre os procedimentos de liberação do corpo^(11,12). Nesse mundo diário, intersubjetivo e de múltiplas realidades em que a ação social desse grupo de profissionais revela sua verdadeira importância.

Entendo que a pesquisa com enfermeiros que atuam no cenário da doação, faz-se necessária, uma vez que esses sujeitos possuem projetos que motivam suas ações no processo de doação e transplante. Para esses profissionais, a necessidade de órgãos e tecidos é uma preocupação constante em seu cotidiano de trabalho.

1.2 AS INQUIETAÇÕES, O OBJETIVO E AS JUSTIFICATIVAS DO ESTUDO

No mundo da vida cotidiana dos enfermeiros dos Serviços de Procura de Órgãos e Tecidos, após a finalização do processo de doação, muitas vezes, esses profissionais exteriorizam, não só o cansaço físico e mental decorrente dessa atividade, mas também a insatisfação, a decepção e os questionamentos em relação ao processo vivenciado, quase sempre como resultado de um sistema de saúde ineficiente, limitado e inadequado ao desenvolvimento dessa

atividade. Na vivência desses sujeitos, é visível a necessidade de mudar essa realidade, oferecendo aos familiares dos doadores elegíveis um processo de doação digno, transparente e humanizado.

Outro ponto importante, identificado na troca de experiência com os enfermeiros, está relacionado ao despreparo da equipe multidisciplinar referente à temática doação e transplante, especificamente no tocante à comunicação de más notícias aos familiares dos possíveis doadores. Somam-se ainda a escassez de leitos de terapia intensiva e de recursos humanos capazes de garantir a manutenção adequada dos órgãos para transplante.

Além disso, os enfermeiros evidenciam a necessidade de modificar esse contexto por meio de suas ações para garantir a transparência e a qualidade do processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.

No decorrer desses anos, essas observações possibilitaram a formulação de alguns questionamentos que norteiam o presente estudo:

- **Como os enfermeiros vivenciam o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante?**
- **Como percebem sua atuação nesse processo?**
- **O que esperam com sua atuação no processo de doação?**
- **Como percebem a participação da equipe multidisciplinar nesse processo?**
- **Como é a relação dos enfermeiros com os familiares dos doadores?**
- **Quais os elementos facilitadores e dificultadores desse processo?**

Assim sendo, a presente investigação tem como objetivo:

- **Compreender o significado da ação de enfermeiros no processo de doação para viabilizar órgãos e tecidos para transplante.**

A compreensão da realidade vivenciada pelos agentes envolvidos no fenômeno são pressupostos essenciais para captar sua essência. Os enfermeiros dos Serviços de Procura de Órgãos e

Tecidos constituem-se em um grupo social com projetos e motivos para atuar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, que precisa ser compreendido. Dessa forma, este estudo poderá proporcionar aos profissionais de saúde, que atuam direta ou indiretamente com doação e transplante, elementos que possam balizar as práticas assistenciais nesse campo da saúde.

A vivência dos enfermeiros que atuam no processo de doação para obter e viabilizar órgãos e tecidos para transplante, pode oferecer subsídios que possam nortear as práticas de ensino e assistência nessa especialidade, fomentar a implantação de políticas públicas, bem como evidenciar a necessidade de aplicação de investimento na formação permanente desses profissionais. Acredita-se também que a profissionalização dos enfermeiros de captação de órgãos deva melhorar a qualidade e a transparência do processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.

Sendo assim, a realização deste estudo torna-se relevante à medida que se busca compreender a ação desse grupo social, podendo oferecer elementos que possibilitem compreender as múltiplas relações no processo de obtenção de órgãos e tecidos para transplante de doadores falecidos. Além disso, suas experiências podem ser compartilhadas com outros profissionais de saúde e enfermeiros da captação de órgãos que atuam nesse processo em diferentes realidades, no qual a escassez de recursos humanos especializados pode tornar-se um entrave no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.

Justifica-se, ainda, o fato da literatura consultada não enfatizar a vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos sob a ótica da experiência vivida. O referencial que subsidiará este estudo e que será apresentado, posteriormente, permite apreender a ação de um grupo de profissionais na cena social em suas funções típicas.

***PRÉ-REFLEXÕES SOBRE A TEMÁTICA: O
ENCONTRO COM A LITERATURA***

2 PRÉ-REFLEXÕES SOBRE A TEMÁTICA: O ENCONTRO COM A LITERATURA

2.1 A EDUCAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE REFERENTE AO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE

Nos últimos anos, a crescente desproporção entre a oferta e a necessidade de órgãos para transplante têm levado a comunidade transplantadora internacional a implementar diversas estratégias intra-hospitalares, destinadas a aumentar as taxas de consentimento familiar e a efetivação de potenciais doadores⁽¹³⁾.

O governo brasileiro vem estimulando a atividade de captação nas diversas instituições hospitalares do País, por meio de portarias que definem a composição e o campo de atuação das CIHDOTT^(14,15).

A Portaria nº 905 de 2000 propõe que todo hospital público, privado e filantrópico com mais de 80 leitos tenha uma CIHDOTT⁽¹⁴⁾. Atualmente, o trabalho dessas comissões em parceria com o SPOT tem melhorado a identificação do número de possíveis doadores. Em 2009, a Portaria nº 2.600 aprovou o regulamento técnico que estabelece as atribuições, deveres, indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos nessas instituições⁽¹⁵⁾.

Mesmo com tais medidas, a oferta de órgãos ainda é insuficiente para atender à demanda de receptores em lista de espera. Conforme a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), o número de doadores efetivos no Brasil fica em torno de 12,6 por milhão de população por ano (pmp/ano)⁽³⁾.

Na América Latina, mesmo com um aumento de quase 100% nas taxas de doação nos últimos 10 anos, o índice de doador de órgãos ainda é menor que a média da Europa (15 pmp/ano), Estados

Unidos da América (25 pmp/ano) e Espanha (35 pmp/ano). A recusa familiar representa também um obstáculo à efetivação da doação⁽¹⁶⁾.

No Brasil e no mundo, o número de doadores é insuficiente para atender à demanda crescente dos receptores que necessitam de um transplante. O problema da captação, alocação e qualidade dos órgãos para transplante deve-se em parte à inadequada manutenção de doadores de órgãos e pela recusa do consentimento familiar. Além disso, muitos profissionais de saúde simplesmente ignoram a legislação vigente sobre transplantes e não notificam a ocorrência de morte encefálica aos Serviços de Procura de Órgãos e Tecidos⁽¹⁷⁾.

A Portaria nº 2.600, publicada pelo governo federal, tem como principal objetivo otimizar o processo de doação, estabelecendo que as Organizações de Procura de Órgãos adotem estratégias que permitam organizar a instituição hospitalar para que seja possível obter órgãos e tecidos para transplante⁽¹⁵⁾.

Para tal, a estruturação de programas educativos sobre doação e transplante direcionados aos profissionais de saúde, tendo como foco o treinamento das habilidades em comunicação, constitui um elemento motivador para os profissionais da captação de órgãos.^(18,19) O enfermeiro desempenha um papel importante nesse contexto, e sua contribuição torna-se essencial para o sucesso dos programas de transplantes.

O modelo espanhol centrado na figura do coordenador intra-hospitalar de transplante parece ser um dos mais adequados. Os coordenadores são médicos e enfermeiros, que atuam em tempo integral ou parcial, com a função de efetivar o maior número possível de doação de órgãos na instituição, representando a peça-chave desse sistema de captação. Esses profissionais participam de todas as atividades relacionadas com a obtenção e transplante de órgãos^(20,21).

As pesquisas realizadas no Brasil sobre a vivência de familiares de doadores falecidos frente ao processo de doação e os fatores que influenciam a tomada de decisão, têm melhorado nossa compreensão nesse campo ^(22,23,24,25,26). Um aspecto fundamental é o apoio oferecido

pelos profissionais de saúde a essas famílias. Para tal, faz-se necessária a capacitação desses profissionais, por meio de programas de treinamento, para prestar apoio de forma eficaz⁽¹³⁾.

No cotidiano dos enfermeiros do SPOT, observa-se que a experiência e a atitude pessoal do profissional que solicita a doação de órgãos são elementos importantes no processo de comunicação com os familiares de doadores falecidos e podem interferir na tomada de decisão dos mesmos⁽²⁷⁾.

Para os profissionais de saúde que atuam no processo de doação, fica evidente que quanto maior a experiência menores serão os problemas no momento de solicitar a doação. Portanto, é de fundamental importância dispor de um programa de educação permanente que permita melhorar e praticar a solicitação de doação de órgãos e tecidos para transplante⁽²⁷⁾.

Além disso, programas de educação para o público através da mídia, escolas, faculdades e treinamento apropriado para médicos e enfermeiros de unidades de cuidados críticos têm sido realizado na Europa, ao longo dos últimos anos resultando no aumento significativo da doação de órgãos⁽²⁸⁾.

A doação e os transplantes são balizados pelos aspectos legais e éticos. Na perspectiva ética, o respeito à autonomia da família do falecido e o apoio oferecido frente à morte de um parente são essenciais para possibilitar a humanização do processo de doação⁽²⁷⁾.

O treinamento simulado oferecido aos profissionais de saúde é um componente essencial para a aquisição de competências e habilidades. Nos últimos anos, tem sido feito treinamento com simulação realística para melhorar a relação desses profissionais com os pacientes, tais como a comunicação de más notícias, obtenção do consentimento informado, tomada de decisão no final de vida e outros aspectos desafiadores da comunicação⁽¹³⁾.

Um dos instrumentos de grande relevância no processo de doação de órgãos consiste em desenvolver nos profissionais, por meio

de treinamento, a habilidade da escuta ativa que possibilitará a utilização das técnicas na comunicação em situação de crise^(29,30,31).

A comunicação de más notícias é um assunto de difícil manejo aos profissionais de saúde, mas, as evidências revelam que a utilização de protocolos e a aquisição de habilidades de comunicação, por meio de programas de treinamento, podem melhorar significativamente essa tarefa e possibilitar o enfrentamento da perda pelos familiares de doadores de órgãos⁽³²⁾.

Frente ao exposto, fica evidente a importância da educação da equipe de saúde referente ao processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes e, sobretudo, dos profissionais que lidam diretamente com essa especialidade, tendo sempre como elementos norteadores os princípios éticos, legais e humanísticos.

2.2 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE

O processo de doação de órgãos e tecidos para transplante é complexo^(1,27) e **o papel do enfermeiro nesse processo** é essencial na disponibilização de órgãos e tecidos para a sociedade, que dispondo de um sistema de transplantes irá se beneficiar dessa modalidade terapêutica. Portanto, uma das atividades desempenhadas por esse profissional consiste em realizar diariamente a **identificação dos possíveis doadores de órgãos e tecidos**, por meio da busca ativa em unidade de terapia intensiva (UTI), recuperação pós-anestésica (RPA) e emergência.

Os objetivos específicos da busca ativa realizada pelos enfermeiros do SPOT consistem na identificação do possível doador, cujo estágio esteja evoluindo para a morte encefálica e, a partir daí, estabelecer contato com a equipe multidisciplinar. A identificação desse paciente é o primeiro passo que desencadeia todo o processo de doação. Tais profissionais são responsáveis por atuarem como

mediadores no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante^(11,33).

Uma vez identificado o possível doador, com sinais clínicos de morte encefálica (coma irreversível, arreativo e aperceptivo), iniciam-se os procedimentos adequados (técnicos e protocolares), que confirmarão a condição do indivíduo, como doador em potencial^(1,2).

No Brasil, **o diagnóstico de morte encefálica** é confirmado por meio de dois exames clínicos e um exame complementar, conforme determina a Lei nº 9.434⁽³⁴⁾ e a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.480 de 1997⁽³⁵⁾. O diagnóstico deve ser realizado pelo médico que está prestando assistência ao doente, e é importante que este tenha experiência em exame neurológico de morte encefálica⁽³⁴⁾.

Os requisitos para o diagnóstico de ME são: paciente com escore na Escala de Coma de Glasgow igual a três pontos, ou seja, sem abertura ocular, sem qualquer resposta motora e sem resposta verbal; causa conhecida do coma; ausência de hipotermia e de reflexos do tronco encefálico; não utilização de drogas depressoras do sistema nervoso central e apneia irreversível. Além dos dois exames clínicos padronizados em todo território nacional, sendo compulsória a realização de um exame complementar que vai caracterizar de forma inequívoca: (1) a ausência de atividade eletrofisiológica ou (2) a ausência de atividade metabólica ou (3) a ausência de fluxo sanguíneo cerebral⁽³⁵⁾.

Frente a essa situação, a equipe médica deve informar aos familiares do paciente com suspeita de ME sobre os procedimentos de confirmação dessa condição, pois a participação desses familiares nesse contexto, possivelmente, lhes oferecerá subsídios que os auxiliem na compreensão do diagnóstico, além de proporcionar tempo para a reflexão e aceitação da morte do parente. Esse cuidado é de suma importância, pois, muitas vezes, as famílias de doadores elegíveis só têm contato com o diagnóstico de ME após sua conclusão,

o que desencadeia tristeza, desespero e dor, por não se sentirem preparadas para enfrentar a perda do ente querido^(2,24,25,26).

A morte encefálica, mesmo sendo aceita como a morte do indivíduo pela comunidade científica mundial, nem sempre é compreendida pela população, que tem dificuldade para reconhecer que uma pessoa que apresenta batimentos cardíacos e está quente, possa estar morta. O desconhecimento e a não aceitação dessa condição são compreensíveis, uma vez que, culturalmente, a morte é definida, como a parada de todas as funções do corpo^(1,2,36,37,38,39,40).

O conceito de morte encefálica encontra resistência não só na população, mas também entre os profissionais de saúde que assistem o doador falecido e representa um obstáculo na aceitação da doação dos órgãos por uma boa parte das famílias. Entender e aceitar a morte encefálica como morte, por parte de profissionais de saúde e população, é fundamental para o processo de doação^(1,2,36).

Além da realização do diagnóstico de morte encefálica, outra etapa de extrema relevância refere-se à **manutenção de doadores de órgãos e tecidos para transplante**. O cuidado prestado ao paciente com diagnóstico de ME tem como objetivo manter a viabilidade dos órgãos para transplante até o momento da extração e possibilitar que ele se torne um doador com órgãos transplantados^(41,42). O doador representa a fonte de esperança para os receptores que aguardam o momento de serem transplantados. A assistência prestada intenciona salvar vidas ou melhorar a qualidade de vida daqueles que necessitam de órgãos e tecidos. Essa perspectiva, provavelmente, motiva a ação do enfermeiro no processo de doação, dando sentido e importância a seu trabalho⁽¹¹⁾.

O doador é visto como uma fonte de órgãos. A equipe multidisciplinar tem consciência de que o doador está morto e o cuidado oferecido tem como objetivo manter a qualidade dos órgãos que serão disponibilizados para transplante. A postura dos profissionais é bastante prática e está centrada no benefício que a doação proporcionará aos receptores^(10,11).

Dessa forma, os cuidados intensivos com os doadores elegíveis são essenciais, pois contribuem para a melhoria da qualidade do órgão para transplante^(43,44). Por outro lado, o cuidado inadequado pode representar um obstáculo à doação, ocasionando a perda do doador por parada cardíaca, como também os distúrbios hidroeletrólíticos e metabólicos que interferem na qualidade do enxerto após o transplante⁽⁴¹⁾.

Todos esses aspectos são fundamentais para o sucesso dos transplantes. Além disso, deve ser enfatizado o relevante papel dos profissionais que atuam em UTI e emergência referente à **comunicação em situações críticas**. O enfermeiro do Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos sabe que a comunicação da má notícia aos familiares de doadores falecidos é crucial, para que os mesmos compreendam que morte encefálica é morte⁽³²⁾.

Todavia, o modo como os familiares são informados sobre a morte é essencial para a discussão e tomada de decisão sobre doação de órgãos e tecidos para transplante. Para os doadores com coração parado, a doação é discutida depois que os familiares recebem a notícia da morte e, possivelmente, após os mesmos terem tido a oportunidade de ver o corpo do parente. Neste caso, não é difícil entender a morte com base nos critérios cardiorrespiratórios, mas é normal a expressão de emoções que podem ser mais ou menos complexas como resultado da morte repentina e inesperada^(1,2).

Por outro lado, na situação de morte encefálica é essencial que os familiares compreendam esse conceito e aceitem que a pessoa morreu. Sendo assim, a habilidade do entrevistador em comunicação é ponto-chave para garantir a clareza e a objetividade da informação transmitida a essas famílias⁽³²⁾.

Os profissionais de saúde que trabalham com pacientes críticos devem receber formação específica em comunicação, visto que esta é uma ferramenta básica para a realização de suas atividades diárias^(45,46).

Na comunicação de más notícias, a informação tem uma conotação especial, pois conduzirá as famílias dos pacientes a um estado de crise emocional, e para os profissionais de saúde essa situação gera tensão⁽³²⁾.

Muitos desses profissionais manifestam dificuldades para estabelecer contato com familiares de pessoas falecidas. Um obstáculo importante é representado pela falta de treinamento nesse tipo de comunicação⁽⁴⁶⁾.

Quando a comunicação ocorre em situações de agressividade, saber escutar pode suavizar as tensões. Permitir expressar as emoções reduz a hostilidade. É fundamental que a pessoa não se sinta observada, mas, escutada. Em situações de crise emocional, sentir-se escutado, significa ser aceito e compreendido. Portanto, a mensagem deve ser escutada com os ouvidos, com o corpo, com os sentidos e sem preconceitos⁽³⁰⁾.

Escutar de maneira ativa significa superar a barreira imposta pela tensão provocada pela notícia da morte, e os fatores que ajudam escutar ativamente são: a paciência, o respeito, a atitude tranquila, a postura adequada e a expressão facial demonstrando interesse. A escuta ativa é o elemento principal da relação de ajuda que se estabelece entre o profissional de saúde e os familiares do paciente com diagnóstico de morte encefálica⁽³¹⁾.

A reação da família do doador frente à comunicação da morte de um ente querido dependerá basicamente da personalidade de cada pessoa, de crenças religiosas, de fatores sociais e culturais. Na sociedade atual, cada vez mais multicultural, este último fator começa a ter uma importância crescente⁽⁴⁶⁾.

Nesse complexo contexto, a comunicação adequada proporcionará aos familiares de doadores de órgãos e tecidos para transplante, acolhimento e apoio emocional frente à perda de um parente.

A utilização de todos os elementos das linguagens verbal e não verbal são fundamentais na comunicação de más notícias, tendo como

objetivos facilitar e encorajar os familiares a expressarem sentimentos e emoções.

O ser humano tem uma tendência natural a estabelecer fortes laços afetivos com outras pessoas e qualquer situação que possa suscitar a perda desses laços desencadeará reações emocionais intensas quanto maior for o apego à pessoa amada. Esses laços surgem pela necessidade de segurança e proteção e são dirigidos a poucas pessoas específicas. Formar laços com pessoas significativas é considerado um comportamento normal não só entre crianças, mas também entre os adultos. Quando a figura de ligação desaparece ou está ameaçada, a resposta é de intensa ansiedade e forte emoção^(46,47).

Cada vez mais, os profissionais de saúde estão preparados tecnicamente para cuidar e curar as patologias mais graves. Entretanto, poucos médicos e enfermeiros foram preparados para algo que faz parte de seu cotidiano de trabalho: a comunicação de más notícias e a relação de ajuda oferecida aos familiares do doador falecido no início do luto. Durante o período inicial de choque, a família sente-se desorientada, impotente e vulnerável. Nesse momento, o profissional de saúde pode ser de grande ajuda aos familiares se forem capazes de reconhecer e manejar as possíveis respostas frente ao luto^(29,46).

Todos esses aspectos apresentados são de suma importância no momento de comunicar a morte encefálica e têm como meta preparar os familiares do doador, para que o enfermeiro do SPOT possa realizar a **entrevista familiar para a solicitação de doação de órgãos e tecidos para transplante**.

A entrevista familiar é definida, como sendo uma reunião entre os familiares do doador de órgãos e um ou mais profissionais da equipe de captação ou outro profissional treinado, a fim de obter o consentimento da doação⁽⁴⁸⁾. Além disso, essa etapa tem por objetivo esclarecer dúvidas sobre o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante e possibilitar aos familiares do doador falecido uma tomada de decisão com autonomia.

No território brasileiro, a família do doador é quem autoriza a doação dos órgãos e tecidos para transplante. A Lei nº 10.211, publicada em 23 de março de 2001, definiu o consentimento informado, como forma de manifestação à doação, e a retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou com outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte^(24,49).

Os enfermeiros que atuam no processo de doação de órgãos afirmam que estar com a família do doador elegível é o momento mais difícil do processo, gerador de grande estresse, mesmo àqueles com maior tempo de experiência na área, pois, nessa etapa, esses profissionais defrontam-se com o dilema de respeitar a dor da família e, ao mesmo tempo, a necessidade de apresentar o tema referente à doação dos órgãos e tecidos para transplante^(11,24).

Solicitar a doação dos órgãos a um familiar que acabou de perder um ente querido é um ato que requer preparo por parte do enfermeiro. A entrevista deve ser realizada em um local apropriado, longe da presença do doador e com todo o conforto possível, onde a família sinta-se segura e acolhida. É também uma das etapas de maior complexidade no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, pois envolve aspectos éticos, legais e emocionais. É a oportunidade que o enfermeiro do SPOT tem para elucidar dúvidas, compartilhar sentimentos e viabilizar o processo de doação^(11,24).

O objetivo da entrevista é garantir que os familiares do doador entendam a morte encefálica, identifiquem a vontade do falecido, esclareçam dúvidas sobre o processo de doação e transplante, além de oferecer apoio emocional e psicológico aos mesmos^(1,2).

Alguns pontos são de extrema importância no momento da realização da entrevista familiar. Em primeiro lugar, é preciso que a família do doador de órgãos entenda que morte encefálica é morte, uma vez que esse conceito não é muito difundido na população. A

informação é sempre dada pelo médico que está cuidando do doador falecido e o enfermeiro verifica o grau de compreensão e aceitação dessa condição pelos familiares do falecido, no momento da entrevista⁽²⁷⁾.

Estudo realizado com familiares de doadores revelou que a maioria respondeu erradamente à pergunta básica sobre essa definição e mais de 10% não relacionaram morte encefálica com morte. Esta condição está intrinsecamente ligada à doação de órgãos para transplante, pois a falta de entendimento aumenta a recusa familiar, pode ser um ponto de conflito, gerar medo e desconfiança. Todos esses aspectos dificultam não só a compreensão, mas também a aceitação dessa situação por parte dos familiares que, muitas vezes, aumenta a tensão durante a entrevista⁽⁵⁰⁾. No caso de doadores com o coração parado, não é difícil para a família compreender a morte, uma vez que os sinais clássicos de morte são evidentes. Antes de solicitar a doação, é essencial que os familiares compreendam que a pessoa está morta^(1,2).

Na prática, observa-se que a solicitação da doação deve ser realizada de forma clara e objetiva. O profissional de saúde deve ter paciência, demonstrar compreensão e aceitação diante da situação, tendo em mente que a solicitação da doação não é inapropriada e nem representa uma agressão à família⁽⁵¹⁾.

Além dos fatores mencionados anteriormente, pode-se salientar a capacitação do profissional que vai realizar a entrevista, a clareza da linguagem, a objetividade, a transparência, e, acima de tudo, o respeito aos princípios da ética e legalidade⁽⁵¹⁾.

A família sofre muito com a perda de um ente querido e depara-se com a decisão de doar ou não os órgãos e tecidos para transplante. A morte provoca diversos sentimentos e emoções, como: tristeza, sofrimento, desespero, apatia, ansiedade, raiva, sensação de impotência, sentimento de culpa; sendo difícil admitir a irreversibilidade da morte encefálica, considerando-a como um fracasso da terapia e tornando mais difícil o ato de solidariedade por meio da doação de

órgãos, com frequência, as pessoas não têm a informação de que precisam para tomar a decisão sobre a doação de órgãos ou não têm a compreensão clara do processo de doação, o que aumenta a chance de recusa por parte dos familiares^(1,2,52).

Vale lembrar que o papel dos enfermeiros e médicos que trabalham com doação de órgãos e tecidos para transplante não é convencer a família doar, mas informar e esclarecer que ME é morte, possibilitando, assim, uma tomada de decisão com autonomia referente a esse tema, além de oferecer apoio e conforto diante da perda⁽⁵¹⁾.

A doação não deve adicionar mais sofrimento aos familiares que estão vivenciando a trágica situação de perder um parente. Cada família reage de forma diferente diante da perda e solicita tempos distintos para a tomada decisão sobre a doação dos órgãos e tecidos do familiar falecido. Respeitar o tempo da família também faz parte do trabalho desses profissionais⁽⁵¹⁾.

Quando a família autoriza a doação, o enfermeiro do SPOT é responsável por fazer a **notificação das informações do doador de múltiplos órgãos para a CNCDO** que faz a **distribuição dos órgãos e tecidos** para as equipes transplantadoras, o profissional do SPOT acompanha a **extração dos órgãos e tecidos em centro cirúrgico** e após esse procedimento aciona os familiares para o procedimento da **liberação do corpo do doador para sepultamento**. Frente à impossibilidade de utilização dos órgãos e tecidos para transplante, por não autorização da doação ou por contraindicação, o médico deverá suspender o suporte terapêutico do não doador⁽³⁹⁾.

O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3 O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Neste estudo, optou-se pela pesquisa qualitativa, pois esse método trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças e das atitudes, permitindo uma compreensão mais profunda do que se pretende estudar como fenômeno humano vivenciado pelo sujeito que, ao ser interrogado, revela sua experiência de vida em toda a sua dimensão subjetiva, pois o ser humano distingue-se não apenas pelo agir, mas, por interpretar a realidade vivida com seus semelhantes⁽⁵³⁾.

Desse modo, compreender a **vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante** representa um fenômeno que não pode ser sintetizado em dados estatísticos, mas é uma realidade humana, de um grupo social, vivida em sua dimensão cultural e social, que só pode ser desvelada por meio da compreensão de seu significado, pois as respostas às inquietações do pesquisador busca desvelar percepções, sentimentos e vivências.

Dentre as modalidades de pesquisa qualitativa, decidiu-se por desenvolver este estudo utilizando a fenomenologia. A utilização desse referencial possibilitou a investigação do cotidiano e a compreensão da realidade concreta vivida pelos enfermeiros de captação de órgãos que, ao vivenciarem o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, são capazes de refletir sobre suas experiências em seu mundo vida.

A fenomenologia é um método intuitivo, descritivo e que se ocupa da realidade cognitiva incorporada aos processos de experiências humanas subjetivas, isto é, tem por objetivo descrever a estrutura total das experiências vividas pelos sujeitos e como eles se percebem nessas experiências^(54,55). Essa modalidade de pesquisa vem ao encontro dos propósitos deste estudo e, indubitavelmente, foi o melhor caminho para desvelar o fenômeno em questão.

Os pressupostos teóricos e filosóficos da fenomenologia permitem a análise e compreensão do homem em suas múltiplas

facetas, em suas vivências e relações com o mundo cotidiano, ao desvelar o fenômeno vivido em sua essência⁽⁵⁶⁾.

Na pesquisa fenomenológica, o pesquisador preocupa-se com a natureza do que vai investigar, não existindo para ele uma compreensão prévia do fenômeno. Nessa abordagem de pesquisa, não há explicações nem teorias ou qualquer outra indicação que defina o fenômeno^(57,58).

Além disso, esse tipo de pesquisa permite a utilização de um referencial teórico-metodológico. Dessa forma, decidiu-se por investir no referencial da fenomenologia social, porque este visa a desvelar o sentido do ser no mundo e compreender a vivência intersubjetiva, ou seja, o mundo com o outro, a relação social e a compreensão das ações que têm significado, configurado no sentido social e não no individual⁽⁵⁹⁾. Para a análise dos dados e interpretação dos significados, utilizou-se o pensamento do sociólogo e fenomenólogo Alfred Schutz.

O pesquisador ao investigar o fenômeno está buscando o vivido das pessoas em seu cotidiano, como sujeitos que atuam, interagem e compreendem-se dentro de um mundo social, bem como compreender as diversas práticas interpretativas por meio das quais a realidade é construída nas perspectivas individual e social⁽⁵⁹⁾. Portanto, nesta pesquisa, a meta foi conhecer o grupo de enfermeiros que atua no processo de doação para obter e viabilizar órgãos e tecidos para transplante, vivenciando seu mundo da vida cotidiana na atitude natural.

Assim sendo, a fenomenologia de Alfred Schutz foi utilizada neste estudo, porque possibilitou compreender o mundo da vida cotidiana dos enfermeiros de procura de órgãos e suas ações na atitude natural repletas de significados, em um mundo intersubjetivo compartilhado por esses profissionais na relação face a face com a equipe multidisciplinar de saúde e os familiares de doadores elegíveis, para obter e viabilizar órgãos e tecidos para transplante, dentro da realidade vivenciada.

Em sua obra sobre a fenomenologia do mundo social, Alfred Schutz buscou uma forma explicativa para a interação social e a intercompreensão. A originalidade de Schutz consiste em ter criado condições teóricas para um entendimento fenomenológico do social, com base na experiência cotidiana. Sob esta ótica, “a sociologia é uma hermenêutica da ação social”, trata-se, pois, de uma sociologia interpretativa, dado seu caráter hermenêutico, pela busca de sentido⁽⁵⁴⁾.

Seu trabalho foi fortemente influenciado por Max Weber e Edmund Husserl, cujo ponto de partida é a reflexão sobre a teoria da ação social de Weber. Mas, o que o torna original, porém, é a sua aproximação a Husserl, mais precisamente, à sua fenomenologia. Como pensador, Schutz tinha um único propósito, o de estabelecer os fundamentos de uma sociologia fenomenológica. Para tal, utilizou o pensamento desses autores de forma profunda e estruturou os postulados de um sistema completo e autossuficiente de pensamento e procedimento sociológico⁽⁵⁴⁾.

Pode-se considerar que o trabalho de Schutz é uma síntese de Husserl e Weber, realizada por meio de longos processos de seleção, adaptação e modificação dos componentes relevantes das teorias de ambos, resultando em uma teoria fenomenológica-sociológica independente⁽⁵⁴⁾.

Capalbo relata que Schutz elucida o fundamento fenomenológico aos conceitos das ciências sociais, descrevendo a conduta humana, como uma ciência simples, cuidadosa e particular, pois “as ciências sociais abordam objetos e processos psicológicos e intelectuais, no qual o método consiste em compreender o ser humano, com rigidez dos princípios de controle das inferências e da verificação por parte de outros investigadores, assim como os ideais teóricos de unidade, simplicidade e universalidade, portanto seus procedimentos científicos têm validade igual ao de outras ciências”^(60,61).

Ao explicar a ação e o pensamento humano, a ciência sociológica deve começar com uma descrição das estruturas

fundamentais do pré-científico, o mundo da vida cotidiana dentro da realidade eminente e fundamental do homem. “Esta realidade da vida cotidiana, não é um mundo privado, mas, sim, compartilhado com outros homens desde o começo, um mundo intersubjetivo⁽⁶²⁾”.

Para fundamentar sua teoria fenomenológica, Schutz baseou-se no princípio de que cada indivíduo constrói seu próprio mundo. Mas, o faz com o auxílio de materiais e métodos que lhe são oferecidos por outros: o mundo da vida é um mundo social que, por sua vez, é preestruturado para o indivíduo, compartilhado por semelhantes e contemporâneos⁽⁵⁴⁾.

Portanto, a fenomenologia social compreensiva de Alfred Schutz oferece um caminho metodológico bem estruturado e sistemático, possibilitando a compreensão do fenômeno pesquisado: **vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante**, contextualizado na realidade intersubjetiva desse grupo social.

Para compreender a realidade desses profissionais que vivenciam um determinado contexto social e o significado da ação desses indivíduos para viabilizar órgãos e tecidos para transplante, os dados obtidos neste estudo foram analisados com base nos conceitos da teoria social de Alfred Schutz, apresentados a seguir.

- O mundo da vida

Schutz nos revela que o mundo da vida não é um mundo privado, mas, compartilhado com meus semelhantes que são seres humanos com os quais experimento este mundo intersubjetivo em perspectivas e aspectos diferentes. O mundo da vida é, essencialmente, o cenário de nossas ações sociais e é entendido como um mundo natural que impõe limite às nossas atitudes, no qual atuamos e operamos, como atores em uma realidade que modificamos mediante nossos atos e que, por outro lado, transforma nossas ações^(54,61,62,63). Assim, pode-se afirmar que as futuras experiências são

influenciadas ou até mesmo determinadas pelas anteriores, que compõem o acervo de conhecimento disponível e a biografia do indivíduo.

Ao realizar este estudo em busca da compreensão da vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, a intenção é entender como esses atores vivenciam o mundo cotidiano intersubjetivo com a equipe multidisciplinar e os familiares do doador falecido nas diversas etapas desse processo, com o intuito de otimizar a doação. Nesse cenário, percebe-se que o enfermeiro interpreta a realidade do mundo da vida, conforme a perspectiva de seus interesses particulares, de acordo com a leitura que ele faz de sua realidade, sem desconsiderar a perspectiva de seus interlocutores.

Schutz afirma, ainda, que o mundo da vida também é, desde o princípio, um mundo social e cultural dentro do qual o indivíduo se relaciona, de múltiplas formas de interação, com seus semelhantes em diversos graus de intimidade e anonimato. Neste cenário, pode-se atuar junto, pois o mundo da vida cotidiana é aquela realidade na qual é possível uma compreensão recíproca^(61,62,63).

Nesse contexto, salienta-se que o enfermeiro do SPOT situa-se no mundo da vida, ou seja, no universo da doação, com suas angústias e preocupações em intersubjetividade com seus pares, como articulador desse processo, intencionando ajudar os receptores em lista de espera, no tocante à disponibilização de órgãos e tecidos para transplante. Para tal, atua de forma permanente como educador em saúde em seu campo de atuação e isso constitui a existência social desse profissional.

Schutz focalizou esse mundo da vida de vários ângulos. Primeiro, analisou o homem em sua atitude natural que o ajuda a operar no mundo da vida. Essa postura é essencialmente pragmática, acima de tudo utilitária e, supostamente, realista⁽⁵⁴⁾.

- A atitude natural

Para Alfred Schutz, a atitude natural é a maneira pela qual o homem experimenta o mundo intersubjetivo, que existia mesmo antes de nascermos, tem uma história e nos é dado de modo organizado. Trata-se, primordialmente, da cena e do cenário de nossas ações e interações. Não somente atuamos nele, mas, sobre ele e o interpretamos por meio de tipificações. No mundo do senso comum, a intersubjetividade é a categoria fundamental da existência humana⁽⁶¹⁾.

Para a atitude natural, “o mundo é, desde o início, não o mundo privado do indivíduo, mas um mundo intersubjetivo, comum a todos nós, no qual não temos um interesse teórico, mas, um interesse eminentemente prático. A atitude natural ajuda o homem a atuar no mundo da vida: uma postura que reconhece os fatos objetivos, as condições para as ações, de acordo com os objetos à volta”⁽⁵⁴⁾.

Para o enfermeiro do SPOT, seu cotidiano de trabalho pressupõe a inter-relação com médicos, equipe de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, familiares de doadores falecidos e outros indivíduos, e a atitude natural de cada um frente ao processo de doação pode facilitar ou dificultar a viabilização de órgãos e tecidos para transplante. Portanto, as experiências acumuladas por esse profissional ao longo da vida representam um acervo de conhecimento disponível, que compõe e determina sua situação biográfica.

- A situação biográfica determinada

O conceito de situação biográfica definida é um dos mais interessantes na conceituação de Schutz e refere-se ao lugar e ao tempo que um indivíduo ocupa em uma determinada sociedade, bem como a totalidade de suas experiências que vão se sedimentando ao longo do curso de sua existência concreta. A ideia presente é a de que esta situação, na qual eu me encontro, faz com que eu seja único,

diferente dos demais e, assim, interessa-me, também, de forma diferente, por determinados assuntos. Portanto, minha perspectiva é necessariamente diferente da do outro, e é só no intercâmbio de nossas ideias, na idealização de pontos de vista do outro, que se pode ter uma reciprocidade temporária de perspectivas. O intercâmbio de perspectivas, em uma relação dialética é a condição necessária para uma realidade compartilhada^(54,61,62,63).

A situação biográfica é caracterizada pelo acervo de conhecimentos que o indivíduo vivenciou, em qualquer momento de sua vida, interpretado como tipificações do senso comum. “Em toda situação biográfica específica, comprovamos que muitos elementos do mundo da vida são inalterados, entretanto muitos outros são modificados por minha ação”⁽⁶²⁾. Dessa forma, pode-se afirmar que as futuras experiências são influenciadas ou até mesmo determinadas pelas anteriores, que fazem parte do acervo de conhecimento disponível e da biografia do sujeito.

Sendo assim, o sujeito constitui-se em uma biografia única, mas, dentro de um mundo que é comum a todos os seres humanos. O mundo existe independente do sujeito e continuará a existir depois dele, pois pressupõe uma existência material construída por vários elementos da história da cultura. Mesmo que cada um possua uma biografia diferente, cada uma destas biografias será construída dentro de um mundo constituído por todos, mas vivenciado de forma diferente. O sujeito está sempre amparado em sua biografia e em uma comunidade de pessoas que formam o Outro para ele. Este Outro é imprescindível. É graças a ele que a sociabilidade efetiva-se por meio dos atos comunicativos⁽⁶³⁾.

Partindo dessa premissa, o enfermeiro do SPOT vivendo em seu mundo vida sente a inevitável necessidade de fazer com que o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante seja uma realidade social. Seu estoque de conhecimento e sua biografia são elementos determinantes na forma de pensar, sentir e agir frente aos possíveis obstáculos encontrados no cenário hospitalar. Portanto, o

conhecimento adquirido ao longo de sua vida profissional permite reflexões e projeções no intuito de envolver os diversos atores sociais na luta pela causa da doação e do transplante. Sendo assim, sua bagagem de conhecimento referente ao processo de doação possibilita refletir sobre o seu papel como articulador social nesse campo da saúde.

- **A** bagagem de conhecimento disponível

Os meios pelos quais um indivíduo orienta-se nas situações da vida, interpreta suas experiências e observações, define a situação em que se encontra e faz planos para os próximos minutos é denominado por Schutz de **bagagem de conhecimento disponível**.

Para Schutz, é importante considerar as histórias pessoal e a construída, baseadas nas relações de vínculo primário, que marcam a biografia pessoal, fundamental de ser compreendida. Assim, constituem as sedimentações das experiências vividas pelos indivíduos ou adquiridas por meio de sua relação com as coisas do mundo e com seus semelhantes. Como se estabelecem essas relações? Por meio dos predecessores que viveram antes de nós e que convivem conosco pelas informações dos outros, os contemporâneos, que vivem em nosso tempo e os sucessores que viverão após nossa morte, sendo no momento, anônimos⁵⁴).

Em seu cotidiano de trabalho, os enfermeiros do SPOT utilizam sua bagagem de conhecimento disponível, adquirida ao longo de sua trajetória profissional, como uma ferramenta para otimizar o processo de doação, objetivando a viabilização dos órgãos e tecidos do doador falecido e, assim, ajudar os receptores que aguardam a oportunidade para serem transplantados e continuarem vivendo livre das restrições impostas pela doença terminal do órgão.

Wagner, referindo-se aos construtos de Schutz, afirma que o homem na vida diária dispõe, a qualquer momento, de um estoque de conhecimento à mão que lhe serve, como um código de interpretações

de suas experiências passadas e presentes e também determina sua antecipação das coisas que virão. Esse estoque de conhecimento tem sua história particular e foi constituído por meio das experiências captadas pela nossa consciência, cujo resultado tornou-se agora uma posse nossa, habitual⁽⁵⁴⁾.

Schutz revela, portanto, que a importância do significado é dada pela experiência passada que a pessoa possui sobre um fato. Isto faz com que o significado das ações seja dado em consonância com as suas experiências anteriores. O autor ressalta, ainda, que apenas uma experiência passada pode ser considerada significativa. A experiência de um fenômeno como comportamento sempre é analisável depois do ocorrido e não no interior do momento em que ele ocorre⁽⁵⁴⁾.

Esses significados são produzidos biograficamente em um mundo vivido coletivamente e que tem um caráter prático. Cada ser humano só pode ser compreendido com base em sua biografia, ou seja, sua situação no tempo e no espaço, que é determinada por meio de valores e crenças com os quais comunga e compartilha. Schutz afirma que a situação biográfica caracteriza-se fundamentalmente pelo fato de que o indivíduo dispõe, em qualquer momento de sua vida, de um acervo de conhecimentos à mão, integrados por tipificações do mundo do senso comum, que são as muitas situações problemáticas concretas que se estabelecem ao curso da vida cotidiana. E formuladas, inicialmente, são concluídas pelo acervo de conhecimento que o indivíduo tem à mão⁽⁶¹⁾.

“Meus atos e experiências anteriores pertenciam ao mundo ao meu alcance anterior, mas estão ligados ao meu estado atual de consciência, porque a realidade agora é passado e foi uma vez meu presente real”⁽⁶²⁾.

- **A** relação face a face

As experiências vividas pelos indivíduos com seus semelhantes só podem acontecer, quando compartilham a mesma comunidade de

tempo e espaço. “Para tal, há de haver uma direção do *eu* para o *tu*, ter um interesse, um envolvimento; tem que haver o nós, isto é, a consciência da presença do outro. Contrário a isto, transformamos o outro em um anônimo”. A esses processos de relações compartilhadas o autor denominou **de relação face a face ou relacionamento do Nós** que, na sua forma pura, esse relacionar-se surge da captação da existência de outra pessoa em interações face a face; ela se manifesta por meio de um voltar-se intencionalmente para o outro, como ser humano vivo e consciente. Se a orientação do eu é correspondida pela outra pessoa, se ambas intencionalmente se voltam uma para a outra, resulta daí um relacionamento do Nós. O envolvimento face a face com outros é a principal forma de encontros sociais⁽⁵⁴⁾.

Na **relação face a face**, “a outra pessoa está dentro do alcance de minha experiência direta quando compartilha comigo o mesmo espaço e o mesmo tempo. Compartilha o espaço quando está presente como pessoa e eu tenho consciência deste indivíduo, percebo seu corpo, sua experiência flui lado a lado com a minha”. A relação face a face pressupõe uma simultaneidade real de cada uma das correntes distintas de consciência que se entrelaçam tornando-se simultâneas⁽⁶⁴⁾.

É na **relação face a face** que a vida consciente de meu semelhante aparece melhor para mim, pois é nesta relação que eu obtenho o maior número de índices de sua consciência. Nesta relação aparece tudo que o sujeito quer exprimir consciente e explicitamente, assim com todas as ações realizadas com vista a esse fim. Há, no entanto, gestos, maneiras, entonações de voz e outros índices que ele não coloca explicitamente, mas, que se mostram, que eu percebo e que fazem parte das indicações que eu posso ter de sua consciência para compreendê-lo. Na relação face a face, eu apreendo diretamente o outro. Assim sendo, a atitude reflexiva e a relação face a face podem coexistir^(54,61).

“Nossos semelhantes são as pessoas com quem temos, tivemos ou teremos intercâmbio face a face. Já os contemporâneos são os que

coexistem conosco no tempo, mas, que não têm qualquer relacionamento direto conosco”⁽⁵⁴⁾.

“Compartilhar o mesmo espaço e tempo com uma pessoa mostra-me realmente como ela é, nada mais, isso implica uma genuína simultaneidade de nossas correntes de consciências em uma relação do Nós. Nessa relação, digo que meu semelhante está presente corporalmente e posso captar sua vida consciente em maior número de sinais”^(62,63).

Os enfermeiros que atuam no processo de doação encontram na relação face a face com os profissionais de saúde e familiares do doador elegível uma oportunidade de exercer o princípio humanitário de fazer o bem e ajudar o próximo, e percebem que essa é uma relação que envolve a percepção do outro em sua plenitude. Essa relação direta possibilita a compreensão mais íntima entre os semelhantes: enfermeiros, equipe multidisciplinar e família do doador, levando-os a projetos e ações que os auxiliem a alcançar seus objetivos.

- **A** intersubjetividade

No cotidiano de trabalho dos enfermeiros do SPOT, a relação com o outro é fundamental, esses profissionais são os interlocutores e desempenham diversas atividades no processo de doação. Dentre estas, destaca-se sua função de educador e de elo entre os familiares de doadores falecidos, equipe multiprofissional, transplantadores e receptores, objetivando superar obstáculos e otimizar a viabilização de órgãos e tecidos para transplante, e essa especialidade da área da saúde exige desses atores o domínio da habilidade de comunicar-se, em uma relação face a face e intersubjetiva no mundo da vida diária.

Para Schutz, “o mundo da vida diária no qual nascemos é, desde o princípio, um mundo intersubjetivo”⁽⁶¹⁾.

A filósofa Creusa Capalbo reforça esse pensamento dizendo que a vida diária é intersubjetiva, desde o início, e que as ações dos

indivíduos são eminentemente sociais, pois a vida nos coloca em relação uns com os outros, em constante comunicação com outro em uma relação face a face. Nela, a intersubjetividade aparece em toda a sua densidade, pode-se experimentar o outro em sua unidade e em sua totalidade na simultaneidade viva⁽⁶⁰⁾.

Wagner afirma que a vida de um indivíduo não é um mundo privado, mas é, desde o início, um mundo intersubjetivo, compartilhado com outros semelhantes, comum a todos nós. É um mundo sociocultural e historicamente dado a todos nós⁽⁵⁴⁾.

Para as ciências sociais, a intersubjetividade torna-se uma questão de suma importância. Esta, intersubjetividade, que necessita de um eu, e um outro é que faz com que as experiências subjetivas, que são biográficas, sejam significativas. Neste sentido, Schutz salienta a importância de compreender as pessoas dentro de seu mundo social, pois este mundo tem sentido para todos os seres humanos, e o mundo intersubjetivo é interpretado como um possível campo de ação de todos nós⁽⁶³⁾.

Para Schutz, a realidade social é a soma total dos objetos e dos acontecimentos do mundo cultural e social, vivido pelo pensamento de senso comum de homens que vivem juntos numerosas relações de interação. O privado e o particular possibilitam, pela intersubjetividade, o compartilhar da vida em interação comunicativa, sem que isto signifique o “ser igual a todo mundo”, o nivelamento “por baixo” em uma mesmice que anula a singularidade e a individualidade de cada interlocutor^(54,61,62,63).

A intersubjetividade entra como um elemento importante para a pesquisa fenomenológica. Schutz revela que podemos compreender uma ação realizada por alguém, quando nos colocamos, ao menos em pensamento, em situação similar à que está passando o sujeito pesquisado. Ele afirma que nossos atos são motivados para a ação do Outro, ou seja, quando faço algo é a reação do Outro que eu almejo. A intersubjetividade está sempre relacionada com o olhar, que é um olhar que tem o Outro como foco⁽⁶⁵⁾.

Por que isto é fundamental para a fenomenologia de Schutz? Dois pressupostos são importantes para se compreender o que ele quer dizer. Primeiro, as pessoas vivenciam o cotidiano de forma diferente, dependendo do lugar que ocupam dentro de um determinado contexto. Assim, mesmo compartilhando intersubjetivamente um mesmo contexto, o outro faz com que as experiências subjetivas não sejam iguais. Aponta que as situações biográficas dos sujeitos devem se diferir em determinados pontos. É importante lembrar que a biografia torna o sujeito singular, mas condicionado ao lugar e ao tempo em que se encontra. Isto é importante, pois é possível dizer que uma pessoa passou através de sua experiência direta, quando o pesquisador compartilha da mesma experiência do sujeito que está sendo pesquisado⁽⁶⁵⁾.

Na teoria de Schutz, “o sujeito social, em sua ação social visando a mudanças requer a compreensão do fundamento da subjetividade, pois o mundo social não está lá fora como um objeto em si com características independentes do indivíduo que as experimenta. O mundo social é constituído por meio da comunicação e da ação intersubjetiva dos sujeitos empenhados nesta interação significativa”⁽⁶⁶⁾.

O mundo dos enfermeiros que atuam no processo de doação é intersubjetivo, pois suas ações são eminentemente sociais. A todo o momento esses profissionais comunicam-se e relacionam-se com a equipe de saúde, familiares de doadores elegíveis, equipes transplantadoras, em uma relação face a face. Nessa perspectiva, o objetivo desses enfermeiros é, inicialmente, estabelecer uma relação de ajuda aos familiares do falecido, promover a humanização e a transparência do processo de doação e, posteriormente, viabilizar órgãos e tecidos para transplante. Os seus projetos e suas ações nesse complexo processo, possivelmente, intencionam salvar vidas ou melhorar a qualidade de vida dos pacientes que aguardam por um órgão nas listas de espera de transplantes.

A ação

Schutz define ação como sendo a conduta humana projetada pelo ator de maneira autoconsciente. Por outro lado, o termo ato designa a ação já realizada. A ação pode ser manifesta ou latente. Toda ação manifesta é, ao mesmo tempo, projetada e dotada de propósito. O conceito de ação latente refere-se a todas as formas de decisão negativa, das quais o ator decide, com um propósito determinado, abster-se de finalizar determinada conduta manifesta. Em cada caso, o objetivo fundamental da ação é o fato de ser projetada e ser dotada de um propósito. A ação origina-se na consciência do ator⁽⁶¹⁾.

Capalbo reforça esse conceito, quando afirma que, para Schutz, a ação é uma atividade voltada para um projeto, voltada para um futuro, dirigida intencionalmente para algo. Assim, não se deve procurar o sentido da ação fora do ator, mas, sim, procurar o sentido que este ator atribui a sua atuação no mundo social. O significado de um ato do sujeito é um ato de atribuição de sentido por parte do próprio sujeito, e é sempre significado de intenção subjetiva⁽⁶⁶⁾.

Reforça, ainda, esse conceito dizendo que “toda conduta baseada num projeto previsto pelo sujeito é uma ação. É pela intenção que um projeto previsto se transforma num objetivo e num propósito”⁽⁶⁶⁾.

Para Schutz, a ação nunca está separada, desvinculada de outra ação, divorciada do mundo. Toda ação é uma atividade espontânea orientada para o futuro. Manifesta ou latente, toda ação tem seu horizonte de relação com a realidade social^(61,62,63).

Wagner define ação como sendo as experiências de significado subjetivo que emanam de nossa vida espontânea, sejam as da vida interior ou as que afetam o mundo exterior, sendo chamadas de conduta. A conduta que é prevista, isto é, que é baseada em um projeto preconcebido, é denominada ação ⁽⁵⁴⁾.

Para Schutz “somente o ator sabe quando começa e onde termina sua ação, somente ele decide o porquê de tê-la efetuado. A dimensão de seu projeto determina a unidade de sua ação”⁽⁶¹⁾.

Capalbo fala que não se pode compreender a atividade humana, referida por Schutz, sem se compreender a ação. Assim, afirma que a ação pode ser puramente interior, como por exemplo, a resolução mental de um problema ou exteriorizada pelos movimentos corporais e que modificam algo no mundo: é o que Schutz denomina de conduta humana enfocada a partir de um projeto que o homem se propõe realizar⁽⁶⁰⁾.

Pode-se afirmar que “a ação social ocorre quando, de acordo com a intenção do ator, a ação é dirigida para outras pessoas, às quais ele vê como seres humanos conscientes. A interação social envolve a ação social de, pelos menos, duas pessoas que se orientam uma em relação à outra. E viver no mundo da vida cotidiana significa viver em envolvimento interativo com muitas pessoas, em complexas redes de relacionamentos sociais”⁽⁵⁶⁾. Essa interação social está no cotidiano dos enfermeiros, e a busca de doadores de órgãos e tecidos para transplante representa a motivação para suas ações.

A teoria da motivação

Ao refletir sobre seu papel no processo de doação, o enfermeiro do SPOT encontra em suas experiências a motivação para salvar vidas. A doação de órgãos e tecidos para transplante está fundamentada na lei da reciprocidade. Ajudar alguém pressupõe fazer uma reflexão sobre a finitude humana. Esta reflexão e decisão envolvem questões de ordem afetiva, ética, moral e individual. Ao se questionar sobre a doação e também sobre a possibilidade de receber um órgão de um doador falecido, o enfermeiro percebe que a vida é uma equação de reciprocidade, pois estará na mesma condição da família do doador falecido, receptor e equipe de saúde, quando se

torna consciente da própria vulnerabilidade, dependência, responsabilidade, finitude e humanidade.

Wagner afirma que os homens agem em função de motivações dirigidas a objetivos, que apontam para o futuro. Esses objetivos são denominados de **motivos a fim de ou motivos para**. Por outro lado, os homens têm razões para as suas ações e preocupam-se com elas. Essas razões enraizadas em experiências passadas, na personalidade que um homem desenvolveu ao longo de sua vida, são denominadas de **motivos porque**⁽⁵⁴⁾.

Schutz afirma que os **motivos para** são os que implicam, o que se quer ganhar, objetivos que se procura alcançar; e os **motivos porque** são aqueles que se explica com base nos antecedentes, ambiente e predisposição psíquica do ator. A estrutura temporal de ambos se difere. Os motivos para estão dominados para o tempo futuro; os motivos porque, para o passado. Quando projeto minha ação, estou consciente de meus motivos para; na verdade, precisamente estes motivos instigam minha ação; porém os motivos porque poderiam explicar certos aspectos de meu projetar; suas condições causais permanecem ocultas e marginais para minha consciência. Essas diferenças temporais conduzem a uma diferenciação mais ampla: os motivos para formam uma categoria subjetiva; os motivos porque, uma categoria objetiva⁽⁶¹⁾.

Por motivo, entende-se “um estado de coisas, o objetivo que se pretende alcançar com a ação”. Assim, **motivo para** é a orientação para a ação futura e **motivo porque** está relacionado às vivências passadas, com conhecimentos disponíveis. A compreensão do outro, meu semelhante, passa impreterivelmente pelos conhecimentos dos **motivos para e motivos porque** determinam a realização de seus atos^(67,68,69,70,71,72).

As coisas sociais são compreendidas se puderem ser reduzidas a atividades humanas, e as atividades humanas só se tornam compreensíveis na revelação de seus **motivos para ou motivos porque**. A razão mais profunda para este fato é que, vivendo dentro do

mundo social, só sou capaz de compreender os atos de outras pessoas imaginando que eu próprio desempenharia atos semelhantes se estivesse na mesma situação, dirigidos pelos mesmos **motivos porque** ou orientados pelos mesmos **motivos para**⁽⁶¹⁾.

Schutz complementa dizendo que o motivo pode ter um sentido subjetivo e outro objetivo. Subjetivamente, refere-se à experiência do ator que vive o processo em curso de sua atividade. Para ele, o motivo significa o que realmente tem em vista e que dá sentido à ação que cumpre, e este é sempre o **motivo para**, a intenção de criar um estado de coisas, de alcançar um fim preconcebido. O ator que vive a ação em curso não tem em vista os seus **motivos do tipo porque**. Somente, quando a ação foi concluída, quando se converteu em ato é que o ator pode voltar-se para o passado, como observador de si mesmo⁽⁶¹⁾.

É no cenário da vivência dos enfermeiros que atuam no processo de doação, que se procurou compreender as ações e os motivos desses profissionais que compartilham com outros semelhantes na atitude natural o mundo da vida cotidiana, esses atores possuem biografias diferentes e bagagens de conhecimentos distintos uns dos outros, que proporcionam uma atitude reflexiva sobre seu papel no campo da doação e a projeção de suas intenções para obter e viabilizar órgãos e tecidos para transplante.

- O tipo vivido

Para construir um modelo científico do mundo social, o sociólogo recorre à **tipificação**. Cabe ressaltar que o **tipo vivido** não corresponde a nenhuma pessoa em particular, trata-se de uma idealização. Conforme Schutz, os **tipos vividos** idealizados são esquemas interpretativos do mundo social que fazem parte de nossa bagagem de conhecimento a respeito do mundo, têm valor de significação e sempre se recorre a eles na relação interpessoal^(61,67,71).

Os enfermeiros do SPOT compreendem um grupo social com características típicas permeadas pelo contexto histórico, social e

cultural que fundamentam as suas relações com as pessoas no processo de doação (**motivos porque**) e que possibilitam diferentes projetos (**motivos para**) no tocante a aumentar a oferta de órgãos e tecidos para transplante. Daí, a importância de compreender a vivência desses profissionais nessa especialidade da área da saúde.

Para Schutz, no tipo ideal de pessoa ou no tipo vivido, existe um só motivo típico no que diz respeito a um ato típico. A compreensão do tipo ideal ocorre por meio dos **motivos para** e dos **motivos porque** de um ato manifesto, mediante a identificação da meta estabelecida pelo ator. Uma vez que o ato é por definição típico também o é o motivo para. O ator típico ideal em sua experiência nunca elege ou prefere uma coisa a outra. Seu motivo é sempre totalmente direto e definido: seu motivo para da ação é o ato finalizado, em que se baseia toda a tipificação. Esse ato finalizado é, ao mesmo tempo, a meta fundamental do estado mental típico do ator nesse momento^(61,62,63).

Os indivíduos baseados em suas próprias percepções e definições criam **tipos** no mundo do senso comum, de acordo com seus critérios subjetivamente significativos e a interpretação do mundo em termos de tipo não são resultados de um processo de racionalização, muito menos, de conceituação científica^(54,69).

Capalbo apropriando-se da teoria de Schutz considera que o **tipo vivido** não se refere a uma pessoa, em particular; mas, aos esquemas idealizados e interpretativos do mundo da vida de um grupo de indivíduos com características típicas, inseridos e vivenciando um determinado contexto histórico-social, que possuem motivos variáveis em razão e em vista dos quais agem, e a linguagem e a comunicação desempenham um papel tipificante importante^(60,62).

A **tipificação** é um meio utilizado pelo ator social para chegar a um acordo com o mundo, sem descrever na realidade suas qualidades reais ou essenciais. Os tipos não existem por si mesmos, sob a forma pura e simples, mas são conceitos relativos que expressam motivos particulares e interesses de indivíduos específicos que definem seus ambientes e dão significado ao mundo, emergem na experiência

cotidiana, como pressupostos que fazem parte da herança sociocultural transmitida aos membros de um grupo interno em um processo educacional, aceitos sem julgamento, funcionando como código de interpretação e orientação. A **tipificação** possibilita a apreensão da consciência do Outro na vivência de cada um, que não é apenas a apreensão individual, porque vivemos uns com os outros na relação social⁽⁶⁹⁾.

Afinal, o que pode levar o investigador a caracterizar o fenômeno social? Para Schutz, esse reconhecimento se dá pela **tipificação**, ou seja, a **tipologia** deve sintetizar os traços típicos de um fenômeno social, tornando possível sua inteligibilidade. Seu procedimento consiste em colocar, em evidência, o que há de original, específico e típico do fenômeno⁽⁶⁰⁾.

O que interessa à fenomenologia social não é investigar o comportamento de cada indivíduo em particular; mas, sim, o que se pode constituir em uma característica típica de um grupo social que vivencia determinados comportamentos em suas relações mútuas e com forte significado subjetivo^(60,71).

O tipo vivido emerge da descrição vivida do comportamento social que permite encontrar algo que tipifica convergências nas intenções dos sujeitos, ou seja, **motivos para** e **motivos porque**, como uma estrutura vivenciada única, uniforme, contínua, que pode ser analisada e descrita porque tem um valor de significação e que pode ser transmitida pela comunicação e pela linguagem significativa na relação interpessoal^(60,71).

O objetivo deste estudo é: **compreender o significado da ação de enfermeiros no processo de doação para viabilizar órgãos e tecidos para transplante**. É possível por meio do cotidiano desses profissionais entender os motivos que envolvem a essência de suas ações sociais dentro do **mundo da vida cotidiana** de cada um, em um senso comum, tendo como fio condutor a teoria da Fenomenologia Social.

Esse referencial permite ao pesquisador refletir sobre a atuação dos enfermeiros dos Serviços de Procura de Órgãos e Tecidos, buscando a compreensão na vivência desse grupo social em ações típicas para obter e viabilizar órgãos e tecidos para transplante, levando em conta a relação **face a face** com a equipe multidisciplinar de saúde e os familiares de doadores elegíveis, mediante ações individualizadas, humanizadas e éticas, em que por meio da comunicação, da reciprocidade de perspectivas, da afinidade dos **motivos para**, equipe multidisciplinar, familiares de doadores e enfermeiros de se inter-relacionam, aprendem e crescem uns com os outros, em um relacionamento caracterizado pela **intersubjetividade**, em um determinado contexto social.

O enfermeiro do SPOT, dentro de seu mundo vida, atuando no processo de doação para obter órgãos e tecidos para transplante e, com isso ajudar a salvar ou melhorar a qualidade de vida dos receptores (cuja única chance de continuar vivendo com qualidade é por meio do transplante), tem em sua **situação biográfica**, um estoque precioso de conhecimentos adquiridos ao longo de sua existência por meio de suas vivências que lhe são exclusivas. Projeta seus objetivos, tendo como referencial sua própria história de vida.

Apoiado na estrutura sistemática e metodológica da teoria da ação social de Alfred Schutz, fundamentada na ação dos sujeitos, descritos anteriormente, buscou-se desvelar o fenômeno: **vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante**.

O CAMINHO METODOLÓGICO

4 O CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 O LOCAL DO ESTUDO

Os dados do presente estudo foram coletados nos Serviços de Procura de Órgãos e Tecidos da Escola Paulista de Medicina, do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Esses serviços estão ligados diretamente à Diretoria Clínica dos hospitais que os sediam, tendo como objetivo viabilizar o processo de doação de órgãos e tecidos para o Sistema Estadual de Transplantes de São Paulo (SET-SP), por meio de diferentes atividades inerentes a esse processo, tanto nas dependências do hospital onde estão localizados, como externamente, sendo responsáveis por gerenciar todos os casos de doação de órgãos e tecidos da região metropolitana da cidade de São Paulo.

Compete também ao SPOT estabelecer interação permanente com as unidades de terapia intensiva, recuperação pós-anestésica e emergência dos hospitais, onde existe a probabilidade de localizar um possível doador. Além disso, é essencial manter um bom relacionamento com as equipes transplantadoras e realizar a divulgação da política de transplantes de órgãos e tecidos, de modo a conscientizar progressivamente a comunidade leiga e de saúde sobre a importância da doação e dos transplantes para a sociedade.

4.2 OS SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos do estudo foram os enfermeiros que atuavam no processo de doação de órgãos e tecidos dos referidos serviços. Para caracterizar os sujeitos de pesquisa, foram coletados dados referentes ao gênero, idade, tempo de formado, especialidade e tempo de atuação no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante (Apêndice II).

O número de sujeitos não foi estabelecido previamente, mas, sim no transcorrer das entrevistas, em razão do conteúdo de suas falas, quando foi percebido que estava havendo repetição dos discursos, ou seja, dos motivos que impulsionavam as ações dos enfermeiros que atuam no processo de doação para viabilizar órgãos e tecidos para transplante.

Foram realizadas 15 entrevistas de enfermeiros com diferentes tempos de formação e atuação nos Serviços de Procura de Órgãos e Tecidos da cidade de São Paulo. Mas, somente dez das entrevistas foram utilizadas, por serem consideradas as mais ricas de significado e que melhor respondiam às questões norteadoras e ao objetivo do estudo.

Cabe lembrar que as entrevistas ocorreram em um ambiente privativo, silencioso e confortável. Além desse cuidado, a fim de preservar o anonimato de cada um dos enfermeiros dos Serviços de Procura de Órgãos e Tecidos, os discursos foram identificados pela letra “E” referente às entrevistas dos sujeitos, acompanhada de números arábicos, conforme a ordem de obtenção das mesmas, e as diferentes entrevistas foram denominadas e identificadas de E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10.

4.3 A COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das instituições, onde estão localizados os Serviços de Procura de Órgãos e Tecidos. Após a autorização pelo CEP, o pesquisador fez contato, pessoalmente, com os coordenadores dos referidos serviços e, nesse momento, apresentou os objetivos do projeto e esclareceu dúvidas pertinentes ao estudo. Solicitou também uma relação com o nome dos enfermeiros que atuavam no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. Após essa fase, inicialmente foi realizado contato telefônico com cada enfermeiro, para saber sobre seu interesse em participar do estudo e, caso manifestado o desejo de participar, agendou-se o encontro, conforme sua disponibilidade em relação ao dia, horário e local onde a entrevista pudesse ocorrer. Os dados foram coletados entre setembro de 2011 e junho de 2012.

Estabeleceu-se uma relação de proximidade e empatia com cada um dos colaboradores. Para tanto, explanou-se sobre os objetivos do estudo, convidando-os a participar por meio de entrevista. Após a manifestação livre e espontânea, solicitou-se ao participante a permissão para uso do gravador, bem como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), depois de ter concedido tempo para cada sujeito ter ciência de seu conteúdo, antes de assiná-lo. Cabe ressaltar que o TCLE utilizado foi o modelo padronizado pela instituição, conforme as normas estabelecidas (Anexos III e IV).

Procurou-se propiciar um ambiente favorável, no qual cada colaborador pudesse falar livremente sobre sua vivência no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.

Para alcançar o objetivo do estudo, é importante a formulação de questões norteadoras que possibilitem a materialização dos discursos dos sujeitos que vivenciam o fenômeno em questão. Para a obtenção das entrevistas, foram usadas as seguintes questões norteadoras:

- **Você poderia me contar sua experiência no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante?**
- **O que você espera com sua atuação nesse processo?**
- **Como você considera que deve ser esse processo?**

Com o objetivo de averiguar a pertinência das perguntas norteadora realizou-se um estudo preliminar, e as entrevistas feitas como pré-teste não foram utilizadas na elaboração dos resultados deste trabalho de pesquisa.

O tempo médio de cada entrevista foi de 1 hora e 30 minutos, considerando desde o contato inicial com cada enfermeiro, leitura e assinatura do TCLE, até o final da entrevista.

Todos os discursos foram gravados com o consentimento dos sujeitos do estudo e, posteriormente, transcritos pelo pesquisador. A transcrição do conteúdo gravado foi realizada, à medida que as entrevistas foram sendo coletadas. O momento da transcrição foi uma oportunidade para o pesquisador familiarizar-se com as descrições e iniciar a identificação de aspectos relevantes relacionados ao objeto do estudo.

4.4 OS ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Aos sujeitos do estudo foi garantido o seu anonimato, de acordo com a Resolução nº 196/96⁽⁷²⁾ do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Frente a essa premissa, os enfermeiros foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e o direito de quererem participar ou não da mesma.

O trabalho foi avaliado e aprovado pelos Serviços de Procura de Órgãos e Tecidos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia e Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Anexos I, II e Apêndice I).

4.5 A ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Para compreender a essência do fenômeno, a **vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante**, é necessário que o pesquisador se afaste de opiniões, de conceitos preestabelecidos e não manifeste qualquer tipo de juízo de valores em relação ao processo vivenciado por esses sujeitos, para poder captar o fenômeno em sua essencialidade. Sendo assim, o fenômeno em questão deverá ser posto em suspensão, e o pesquisador despe-se de seus referenciais teóricos prévios, permanecendo somente os pressupostos vivenciais.

Captar os conteúdos significativos desses discursos envolve procedimentos organizados sistematicamente. Para compreender o significado da ação vivenciada pelos sujeitos do estudo, foram utilizados os passos propostos por pesquisadores da Fenomenologia Social^(64,71,73,74,75), que consiste no procedimento sistemático da análise das entrevistas, por meio de **leitura minuciosa, criteriosa e atenta** de cada discurso, sempre buscando compreender em todas elas a essência da vivência dos enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.

Nessa fase, a preocupação inicial consiste em apreender o sentido global dos discursos dos sujeitos, retomando-os por meio da **releitura das transcrições** de cada entrevista sempre que havia necessidade, com o intuito de detectar os núcleos de pensamentos convergentes ou os núcleos que se referiam a um mesmo assunto ou temática, ou seja, as categorias concretas que traduzam aspectos significativos dos **motivos porque** e **motivos para** dos enfermeiros envolvidos no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.

O enfermeiro, que atua no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, recorre à sua bagagem de conhecimento disponível, fruto de sua experiência adquirida no contato social,

configurada pela relação face a face e intersubjetiva, que lhe possibilita refletir sobre seus atos e idealizar projetos futuros, constituindo seus **motivos porque e motivos para**.

O pesquisador ao captar o significado subjetivo da ação do sujeito, o faz mediante a vivência desse ator em seu mundo da vida diária que na atitude natural encontra-se em seu **motivo porque e motivo para**, conforme mostra a teoria da motivação de Alfred Schutz.

Na sequência, realizou-se o **agrupamento dos conteúdos significativos** extraídos dos discursos dos sujeitos por meio das convergências temáticas, que foram agrupadas com o objetivo de apreender o significado subjetivo que os enfermeiros atribuíram as suas próprias ações. A categorização do significado das ações dos enfermeiros foi obtida com base no contexto que emergia das entrevistas desses profissionais, tendo como ponto de partida suas experiências no mundo cotidiano, que possibilitaram a construção das categorias concretas do vivido.

Após essa etapa, procedeu-se à **identificação e construção das categorias concretas do vivido**, que abrangem os atos dos enfermeiros dos Serviços de Procura de Órgãos e Tecidos e os significados do ato social relacionados às ações desses sujeitos no processo de doação, que possibilitou obter a tipologia vivida emergida dos discursos. Ressalta-se que, o fato da biografia profissional e o mundo da vida diária do qual o pesquisador faz parte, ser o mesmo dos sujeitos desta pesquisa, configurou-se como um elemento facilitador para a compreensão da essência das ações dos enfermeiros que atuam no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.

Para Schutz⁽⁵⁵⁾, a matriz de pensamento sobre o estudo do vivido segue alguns princípios por ele denominados de postulados. Dessa forma, para chegar ao tipo vivido, os referidos postulados defendidos por Schutz foram utilizados para garantir a validade científica desta pesquisa, tornando-a compatível com os princípios científicos formais, isto é, pela possibilidade de descrever o vivido (postulado da coerência lógica), trazendo-o para a ordem da

significação subjetiva da ação (postulado da interpretação subjetiva) e compatibilizando-o com as construções do pesquisador e as experiências do senso comum da realidade social (postulado da adequação).

Destaca-se, ainda, que a constituição do tipo vivido permitiu a compreensão da ação estudada, pois na vida cotidiana os homens tipificam as atividades humanas que lhes interessam para alcançar os fins práticos. Além disso, o que importa para a fenomenologia social não é o comportamento de cada indivíduo, mas, o que pode se constituir em uma característica típica do grupo social em questão que está vivendo uma dada situação do comportamento, como por exemplo, a vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.

Após a constituição do tipo vivido, realizou-se sua discussão com base na fenomenologia social de Alfred Schutz e de outros autores relacionados com esta pesquisa.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

A seguir, são apresentadas algumas características marcantes da situação biográfica dos enfermeiros que colaboraram com esta pesquisa, bem como um trecho de seus relatos, como conteúdo expressivo do significado da vivência desses profissionais no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.

5.1 APRESENTANDO OS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram deste estudo oito enfermeiras e dois enfermeiros. Ao se ter como objetivo preservar o anonimato dos referidos sujeitos, assegurado pelo pesquisador no momento da realização da entrevista e documentado no TCLE, optou-se por utilizar apenas a denominação enfermeiro.

O enfermeiro E1 tem menos de 30 anos de idade, está formado e trabalha com doação há menos de 5 anos. Possui especialização em doação, captação e transplante. Já realizou cursos de formação de coordenadores em doação, comunicação em situação de crise e simulação realística em entrevista familiar, complementando sua bagagem de conhecimento disponível sobre doação e transplante de órgãos e tecidos. Como conteúdo expressivo, destaca-se a empatia que esse profissional estabelece com os familiares dos doadores, como elemento balizador de seu cotidiano de trabalho, apresentado no trecho a seguir:

[...] Eu nunca passei pela situação de perder uma pessoa da família... E eu tento ser para as famílias dos doadores, o que eu espero que alguém seja para mim, se um dia eu passar por isso... Quando eu vou para casa e coloco a cabeça no travesseiro para dormir: pensar que eu fiz a diferença para alguém, naquele momento, de alguma forma [...].

O enfermeiro E2 tem mais de 30 anos de idade, concluiu o curso de enfermagem e atua no processo de doação há mais de 5 anos. Fez especialização em doação, captação e transplante. Na vida profissional, realizou cursos de formação de coordenadores em doação, comunicação em situação de crise e simulação realística sobre o processo de doação e transplante, que lhe permitiram acumular conhecimentos científicos que norteiam seu cotidiano de trabalho. A importância que esse enfermeiro atribui à humanização do processo de doação, por meio da relação de ajuda estabelecida com os familiares dos doadores, revela-se como conteúdo expressivo, como mostra a fala desse profissional:

[...] Outro ponto, que eu acho muito importante, é que eu posso ajudar às famílias que acabaram de receber uma notícia de falecimento de seu ente querido. Eu posso ajudá-los a passar por esse processo de perda e luto [...]. Eu posso ajudá-los a entender um pouco essa questão da morte e do morrer. [...] dar um conforto, dar um acalento, de dizer assim: mesmo nesse momento, estamos aqui para te ajudar [...].

O enfermeiro E3 tem mais de 30 anos de idade, está formado e trabalha com doação há mais de 5 anos. Possui especialização em doação, captação e transplante. Em sua bagagem de conhecimento disponível, já realizou cursos de comunicação em situação de crise e simulação realística em entrevista familiar. Nessa entrevista, destaca-se como conteúdo expressivo a contribuição do trabalho para salvar vidas, apresentado no trecho que se segue:

[...] depende de mim, encontrar o doador, que não tem mais chance nenhuma. Encontrar o doador para a pessoa que está em uma UTI, esperando pelo transplante ou em casa esperando um telefonema [...]. Então, eu sempre estou procurando, buscando órgãos para salvar a vida das pessoas [...].

O enfermeiro E4 tem mais de 30 anos de idade, concluiu o curso de graduação em enfermagem e trabalha com doação há mais 5 anos. Fez especialização em doação, captação e transplante. Na vida

profissional realizou cursos de formação de coordenadores em doação, comunicação em situação de crise e simulação realística em doação e transplante, que lhe permitiram acumular conhecimentos científicos nessa especialidade. Fica evidente como conteúdo expressivo, na entrevista desse enfermeiro, a necessidade de salvar vidas, como mostra o trecho:

[...] eu sei que através do meu trabalho, eu estou ajudando salvar vidas ou melhorar a qualidade de vida de muitas pessoas. [...] você está trazendo a vida e a esperança para muita gente [...].

O enfermeiro E5 tem mais de 30 anos de idade, está formado e trabalha com doação há mais de 5 anos. Fez especialização em doação, captação e transplante. Na vida profissional, realizou cursos de formação de coordenadores em doação, comunicação em situação de crise e simulação realística em entrevista familiar, que lhe permitiram acumular conhecimentos científicos nesse campo da saúde. Nessa entrevista, destaca-se como conteúdo expressivo a necessidade do reconhecimento profissional:

[...] ser reconhecido profissionalmente, porque nós enfermeiros não somos reconhecidos em momento nenhum. Nós agimos e agimos, fazemos e fazemos e ninguém reconhece [...].

O enfermeiro E6 tem mais de 30 anos de idade, formou-se e trabalha com doação há mais de 5 anos. Possui especialização em doação, captação e transplante. Em sua bagagem de conhecimento disponível, já realizou cursos de comunicação em situação de crise e simulação realística em doação e transplante. Como conteúdo expressivo nessa entrevista, ressalta-se a contribuição do trabalho desse profissional na otimização do processo de doação:

[...] você é um agente afetivo de transição. Você é o facilitador, o gerente, o articulador, o comunicador. Então, você termina sendo o centro de todas as informações sobre o doador. [...] você termina ficando satisfeito, quando você tem um potencial doador que

se transforma em doador efetivo e quando os órgãos são, realmente, utilizados para transplantes. A gente espera que os receptores fiquem bem [...].

O enfermeiro E7 está com mais de 30 anos de idade, concluiu a graduação e trabalha com doação há mais de 5 anos. Possui especialização em doação, captação e transplante. Em sua bagagem de conhecimento disponível, já realizou cursos de formação de coordenador em transplante, comunicação em situação de crise e simulação realística em doação e transplante. Como conteúdo expressivo na entrevista desse enfermeiro, fica evidente a preocupação em oferecer ajuda à família do doador falecido, como mostra o trecho:

[...] minha prioridade é a família do doador. O pouquinho que eu possa dar de atenção, de assistência, que eu possa facilitar a entrada do familiar e que ele saia do hospital agradecendo a atenção dada; para mim, já valeu todo o meu trabalho, o meu empenho em ajudar. Eu acho que, para mim, isso é primordial. São coisas simples que a gente faz, mas, que para a família faz a grande diferença no processo de perda do seu ente querido [...].

O enfermeiro E8 tem mais de 30 anos de idade, concluiu o curso de enfermagem e atua no processo de doação há mais de 5 anos. Fez especialização em doação, captação e transplante. Na vida profissional, realizou cursos de formação de coordenadores em doação, comunicação em situação de crise e simulação realística em doação e transplante, que lhe permitiram acumular conhecimentos científicos que norteiam seu cotidiano de trabalho. Como conteúdo expressivo na entrevista desse enfermeiro, ressalta-se a importância de superar os obstáculos no processo de doação por meio da educação de profissionais de saúde:

[...] a educação dos profissionais de saúde de como funciona a doação, como são as etapas dos exames do potencial doador, como são as etapas do centro cirúrgico, isso ajudaria muito [...]. O processo de doação envolve muitas etapas que são necessárias e não têm como abreviar. Então, às vezes, o profissional que está cuidando do paciente, ele dá

informações que podem dificultar o entendimento da família ou que podem desiludir e desanimar a família em relação à demora do processo de doação [...].

O enfermeiro E9 está com mais de 30 anos de idade, concluiu a graduação e trabalha com doação há mais de 5 anos. Fez especialização em doação, captação e transplante. Na vida profissional, realizou cursos de formação de coordenadores em doação, comunicação em situação de crise e simulação realística em doação e transplante, que permitiram acumular uma bagagem de conhecimento nesse campo da saúde. Como conteúdo expressivo, destaca-se a importância que esse enfermeiro atribui à educação para mudança de atitude frente ao processo de doação:

[...] Eu acho muito importante promover a educação das pessoas frente a essa situação. Na minha visão, eu acho que você não tem que fazer a entrevista com o foco de buscar o órgão, mas, com o foco de passar o conhecimento, ensinar e promover uma mudança de atitude. É um processo de educação continuada [...].

O enfermeiro E10 tem menos de 30 anos de idade, está formado e trabalha com doação há menos de 5 anos. Possui especialização em doação, captação e transplante. Em sua bagagem de conhecimento disponível, já realizou cursos de formação de coordenadores em doação, comunicação em situação de crise e simulação realística em doação e transplante. O conteúdo expressivo dessa entrevista está na importância que esse profissional atribui a seu trabalho, como elemento facilitador para otimizar e viabilizar a doação:

[...] com o nosso trabalho, nós temos como mostrar a nossa importância e o quanto é importante as nossas ações, orientações, a nossa presença no hospital para a viabilização do doador. [...] de pouquinho em pouquinho, a gente consegue otimizar o processo de doação [...].

5.2 AS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO

O conteúdo das entrevistas permitiu a organização e análise das categorias concretas do vivido, que possibilitaram a compreensão da vivência dos enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante (**motivos porque**) e a intencionalidade da ação dos enfermeiros nesse processo para viabilizar órgãos e tecidos para os transplantes (**motivos para**).

5.2.1 A vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante: os “motivos porque”

O cotidiano dos enfermeiros no processo de doação é marcado por **obstáculos vivenciados** nas várias etapas desse processo, e esses profissionais percebem que as **intervenções realizadas** objetivam superar as dificuldades e reconhecem a **contribuição do trabalho** na obtenção de órgãos e tecidos para transplante.

CATEGORIA 1: Obstáculos vivenciados

O processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, na perspectiva dos sujeitos do estudo, inicia-se com a identificação do paciente com suspeita de morte encefálica e a busca ativa é uma ferramenta utilizada pelos enfermeiros do SPOT para identificar esse indivíduo. Os participantes desta pesquisa referem que os obstáculos começam com a **identificação do possível doador** e, nesse momento, eles percebem que o desconhecimento, a falta de interesse e a resistência da equipe de saúde para iniciar o diagnóstico de ME são fatores que dificultam essa etapa do processo de doação:

[...] acredito que o processo de doação de órgãos para transplante começa sempre com a busca ativa que permite

a identificação do possível doador. [...] e temos a resistência de alguns profissionais na realização dessa busca ativa, alguns profissionais médicos e de toda a equipe, eu acho que, por desconhecer o processo de doação. **(E1)**.

[...] quando você faz a busca ativa e quando você identifica um paciente com Glasgow de três e solicita ao médico para iniciar o protocolo de morte encefálica; nesse momento, nós já encontramos a primeira dificuldade. Muitos médicos são resistentes em iniciar esse protocolo **(E2)**.

[...] você sabe que o paciente é um candidato à doação e quando você vai solicitar o exame de morte encefálica, o médico nem sabia que o paciente era um potencial doador de órgãos **(E3)**.

[...] quando a gente faz a identificação do potencial doador com a busca ativa, que consiste em visitar os hospitais [...]. O que eu percebo, é que muitos pacientes que poderiam ser identificados e notificados, eles se perdem nesse início do caminho **(E4)**.

[...] eu acho que, ainda, falta a conscientização do profissional de saúde, para saber o quanto é importante a identificação e a notificação precoce do potencial doador, porque as pessoas não sabem ou fingem que não sabem. Eu acho que até sabem, mas, às vezes, optam por não fazer **(E5)**.

[...] na busca ativa, as barreiras são a não informação da existência do potencial doador e a morosidade para iniciar o protocolo de morte encefálica. O profissional do hospital acha que não é importante a gente realizar a busca ativa. [...] acha que nós estamos perturbando a vida dele. Mesmo assim, a gente acha o potencial doador na busca ativa. Isso significa que ou nós fomos muito rápidos e encontramos o potencial doador antes do hospital notificar, ou eles não notificariam mesmo **(E6)**.

[...] no nosso dia a dia, a gente faz visita nos hospitais e a minha percepção em relação à busca ativa de potenciais doadores é que a nossa presença não é muito bem aceita ou bem vista pelos profissionais do hospital. Então, eu vejo que a gente não é benquista no hospital, eu percebo isso. [...] muitas vezes, a gente acaba identificando o paciente com quadro de morte encefálica, que não é notificado e que deveria ter sido notificado para o Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos. Muitas vezes, a gente se depara com potenciais doadores que já era para ter concluído o protocolo de morte encefálica, mas, que o protocolo nem foi iniciado. Então, tudo isso representa, ainda, uma grande dificuldade no processo. A gente faz visita em UTI e Pronto-Socorro e tem hospital que não deixa o enfermeiro da doação entrar **(E7)**.

[...] na busca ativa de potenciais doadores, a gente vai até os hospitais faz essa busca e, muitas vezes, existe resistência por parte dos profissionais dos hospitais por

desconhecimento. [...] os profissionais chamam a gente de urubu. Eles não entendem que a essência da busca ativa é encontrar pessoas com suspeita de morte encefálica e que não seriam notificadas (E10).

Uma vez identificado o possível doador o médico deve realizar os exames do **diagnóstico de morte encefálica**. Esta é outra etapa que gera tensão, pois existem médicos que não sabem fazer a avaliação de ME, em razão da falta de preparo, experiência e contato com essa situação na vida acadêmica e profissional. Esses aspectos representam obstáculos no processo de doação, além de ter também aqueles que não aceitam a morte encefálica, como sendo a morte da pessoa. Os enfermeiros observam esses fatos em seu dia a dia de trabalho:

Observo no meu dia a dia de trabalho que ainda tem muito médico que tem dificuldade em realizar o exame do diagnóstico de morte encefálica, eu acho que por falta de experiência e preparo (E1).

Na minha vivência, têm médicos que não conhecem como proceder no momento de realizar os exames que confirmam o diagnóstico de morte encefálica. Muitos médicos falam que não podem iniciar o protocolo de morte encefálica, porque eles não conhecem, ou seja, não sabem fazer ou não se sentem seguros em realizar os exames. Existem muitas dificuldades para iniciar o protocolo de morte encefálica (E3).

Em relação ao diagnóstico de morte encefálica, é um ato médico, é um diagnóstico compulsório. [...] muitas vezes, a gente se depara com profissionais que não sabem fazer esse diagnóstico, que não tiveram formação na área acadêmica. Às vezes, o médico que está no plantão não aceita a morte encefálica e não faz o diagnóstico de morte encefálica. (E4).

Nem todas as equipes médicas fazem o diagnóstico de morte encefálica [...], ainda existem dificuldades em realizar o diagnóstico de morte encefálica (E5).

[...] um médico faz o diagnóstico de morte encefálica e outro médico que vai dar continuidade ao plantão não acredita nesse diagnóstico. Então, isso acaba impedindo o nosso trabalho (E6).

Em relação à realização do protocolo de morte encefálica, eu ainda vejo muita resistência por parte dos médicos, infelizmente. [...] eu percebo que, em relação ao médico mais experiente, existe uma má vontade em realizar o diagnóstico. Já os médicos recém-formados, os mais novos, eu vejo que existe receio, medo e desconhecimento (E7).

O diagnóstico de morte encefálica, hoje, às vezes, é muito moroso, é muito complicado, existem muitas dúvidas em relação ao diagnóstico de morte encefálica por parte dos médicos e alguns entraves **(E8)**.

A gente não pode ver a morte encefálica como um mal do começo ao fim **(E9)**.

Antes de iniciar os exames de confirmação da ME, é essencial que o médico esclareça aos familiares do possível doador sobre os procedimentos que serão realizados. Esse cuidado possibilita mais tempo para a família assimilar a ideia da morte do paciente e confere maior transparência ao processo de doação de órgãos e tecidos. Entretanto, nem sempre essa oportunidade é oferecida aos parentes do possível doador. Além disso, os enfermeiros percebem a falta de preparo da equipe médica na comunicação de más notícias:

[...] na maioria das vezes, falta um pouco de empatia do médico para dar a notícia da morte. Falta um pouco de mobilização, tem médico que simplesmente chega, senta e diz: seu familiar faleceu e não fala mais nada. Eu acredito que, nesse momento, a família precisa receber um pouco mais de informação e precisa receber essa notícia de uma forma menos impactante. Ela ter sido preparada para a notícia da morte, é uma preocupação nossa, não é um preocupação médica. Os médicos não se preocupam em conversar com a família e dizer que estão abrindo o protocolo de morte encefálica. Não há essa preocupação, e eu acho que, na sua maioria, os médicos não estão preocupados com isso **(E2)**.

Em relação à comunicação do diagnóstico de morte encefálica à família do doador, ainda tem médico que não fala para a família que o paciente está morto, com morte encefálica. O médico fala que o paciente tem um problema no cérebro. [...] eu percebo é que essa comunicação não é efetiva, pois muitas famílias não entendem que o paciente está morto. O médico, simplesmente, passa a notícia e não esclarece que morte encefálica é morte, que não existe a possibilidade de reverter essa situação **(E3)**.

Nós sempre aguardamos que o hospital passe esse diagnóstico para a família, mas, muitas vezes, isso não é feito ou quando é feito ocorre de forma inadequada [...]. Eu vejo que a equipe de saúde não está preparada para comunicar coisas ruins. Ninguém quer dar uma má notícia, todo mundo quer, sempre, dar uma notícia boa. Então, ninguém quer se envolver com esse outro lado **(E6)**.

Uma das grandes dificuldades que eu sinto é que a família não tem conhecimento de nada sobre todo o processo. A informação é dada de qualquer jeito. Se a família entendeu tudo bem, mas se a família não entendeu, paciência! Eu acho que por parte dos médicos, eu acredito que eles não estão preparados para comunicar o diagnóstico de morte encefálica [...] o médico explica de forma muito técnica e a família não entende a informação. Eu acho que o médico vê a morte do paciente como um fracasso, e ele não consegue enfrentar isso. Então, ele acaba se distanciando da família no momento de dar o diagnóstico de morte encefálica (E7).

Geralmente, os médicos só conversam com a família sobre o diagnóstico após a conclusão do mesmo. O médico, geralmente, quando vai falar sobre o diagnóstico de morte encefálica, ele faz na porta da UTI ou à beira do leito do doador. O médico informa o diagnóstico de supetão: seu familiar está morto, não tem mais o que fazer, e o enfermeiro vai falar sobre a doação de órgãos. Então, a família fica muito assustada, presa, reprimida e não tem um tempo para digerir tudo isso (E8).

A família, no momento da suspeita de morte encefálica, não é informada e esclarecida de que o protocolo de morte encefálica do paciente será iniciado, quais são as etapas desse protocolo e que consiste em três exames feitos em momentos diferentes. Então, quando a equipe vai dar a notícia para a família, acaba sendo uma surpresa muito grande, porque essa família não foi informada sobre o início do protocolo. [...] como os profissionais não informam essa situação antecipadamente para a família e quando a notícia do diagnóstico de morte encefálica é dada, a família leva muito tempo para assimilar essa situação (E10).

Os enfermeiros salientaram que o excesso de trabalho da equipe de saúde e a escassez de recursos humanos e materiais interferem na realização do diagnóstico de morte encefálica, e o potencial doador acaba ficando em segundo plano:

Quando você solicita ao médico plantonista para iniciar o primeiro exame do protocolo de morte encefálica [...], o médico fala que vai iniciar mais tarde, porque ele tem vários pacientes para cuidar e o paciente com suspeita de morte encefálica não é uma prioridade no momento. O médico sempre fala, que ele primeiro vai cuidar dos vivos, o paciente com suspeita de morte encefálica fica em último plano (E3).

[...] alguns hospitais com poucos recursos humanos, com menos recursos materiais, há dificuldade de se obter o diagnóstico de morte encefálica, e o diagnóstico fica extremamente difícil. [...] você fica à mercê de um sistema que tem uma escassez importante de médicos (E9).

Confirmado o diagnóstico de morte encefálica, o cuidado prestado ao doador elegível deverá ser reorientado para a manutenção e proteção dos órgãos, que consiste na aplicação de suporte clínico para manter os parâmetros hemodinâmicos próximos do normal, visando à viabilidade e qualidade dos órgãos para transplante. É importante lembrar que a adequada **manutenção do doador** exige conhecimento de uma série de alterações fisiopatológicas que ocorrem, após a ME e que comprometem a oxigenação e perfusão dos diferentes órgãos. O diagnóstico e o tratamento precoce desses distúrbios fisiopatológicos são fundamentais para a finalização do processo de doação e transplante de órgãos e tecidos com êxito. Nem sempre isso acontece, e os enfermeiros relatam que a manutenção é falha, pois o doador não é uma prioridade:

Criou-se o mito de que a manutenção do doador é muito trabalhosa, então, não querem investir nesse paciente em termos de mantê-lo [...] eu vejo que ocorrem erros por inexperiência da equipe. Por má vontade, acontece bastante também. A gente ter que ficar implorando, para que se cuide bem do potencial doador. O paciente está com vários desequilíbrios que seriam fáceis de corrigir, mas isso fica se postergando. [...] o potencial doador fica em segundo plano, com certeza! [...] a gente solicita uma conduta e os profissionais falam que só vão olhar para o potencial doador, depois que cuidar dos outros pacientes (E1).

[...] a nossa preocupação é manter o doador o melhor possível. [...] mas os médicos meio que jogam a toalha, se entregam. Pensam que eles têm um paciente morto ocupando um leito e que não necessita mais de cuidado. Então, eu vejo essa dificuldade nos médicos, não se preocupar com a manutenção dos órgãos para a doação (E2).

Em muitos hospitais que eu acompanho o processo de captação de órgãos, os doadores não são cuidados adequadamente. [...] a manutenção inadequada prestada ao doador interfere na qualidade do órgão que vai ser ofertado para transplante. Não existe uma preocupação da equipe com o doador, e ele acaba sendo colocado em segundo plano (E3).

[...] a manutenção do doador ainda não está bem resolvida, porque eu percebo que as pessoas não entendem que o doador requer os mesmos cuidados de um paciente de terapia intensiva. A equipe de saúde acha que não tem mais o que fazer pelo doador de órgãos, porque ele não tem prognóstico de vida. [...] se o doador precisar ser transferido

para UTI, ele não vai. [...] o doador fica em segundo plano. **(E6)**.

Em relação à manutenção do doador, eu acho que falta muito empenho da equipe de saúde nessa fase do processo de doação. [...] o potencial doador não é cuidado adequadamente. A qualidade da assistência que é dada a esse paciente, é muito ruim. [...] quando o paciente vira doador muda tudo, e a equipe não presta a assistência que o doador precisa. [...] o doador merece os mesmos cuidados e atenção de um paciente grave de UTI, mas isso não acontece **(E7)**.

A manutenção do doador, ainda hoje, é muito falha [...]. Os médicos acham que o doador não precisa de cuidados. Eles não entendem que o doador sofre várias alterações e que precisam ser corrigidas. Para eles, o paciente está morto e não há necessidade de corrigir os distúrbios **(E8)**.

Em relação à manutenção dos doadores, essa é uma fase crítica do processo. É a fase onde você perde o maior número de doadores notificados. É complicado fazer o profissional de saúde que está ali (eu estou falando de forma generalizada) entender que mesmo sem prognóstico, o doador tem que ser mantido **(E9)**.

Os enfermeiros percebem também que a manutenção do doador elegível é prejudicada em razão da sobrecarga de trabalho e inadequação dos recursos físicos e humanos do sistema de saúde:

Tem hospital que é a sala de emergência lotada, a UTI lotada, pacientes gravíssimos, sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem e médica e a manutenção do potencial doador fica prejudicada **(E1)**.

O problema que eu vejo, é a falta de funcionário para executar a prescrição médica e fazer a manutenção do potencial doador. [...] não existem funcionários suficientes na unidade, que possam fazer a manutenção do potencial doador adequadamente. A escassez de profissional é um problema **(E3)**.

[...] nosso sistema de saúde é precário, não existe vaga para todo mundo. Então, essa questão da manutenção dos doadores é inadequada, porque as pessoas sempre acham que a vaga de UTI tem que existir para o paciente com prognóstico. [...] temos escassez de profissionais para trabalhar com muitos pacientes e, às vezes, eles priorizam quem tem prognóstico em detrimento daquele que poderia ser um doador de órgãos. Então, não é feito o que é preciso **(E6)**.

Eu não sei, se eles não sabem conduzir ou se eles querem diminuir mais um paciente. Eu acho que eles pensam que

existem muitos pacientes para cuidar, e o doador é mais um. [...] o que eu vejo é que a assistência é muito ruim (E7).

Têm hospitais que não têm recursos humanos para manter o doador adequadamente (E9).

Outra etapa importante no processo de doação é a **entrevista familiar**, que é realizada após a conclusão do diagnóstico de morte encefálica, quando os familiares do doador elegível são convocados para conversar sobre doação de órgãos e tecidos para transplante. Os enfermeiros consideram como elementos dificultadores; nesse momento, o desconhecimento da equipe de saúde de como lidar com esse tipo de situação, a assistência inadequada oferecida aos familiares do doador e a dificuldade que os mesmos têm em aceitar a morte de seu parente e tomar a decisão em relação à doação:

Falar sobre a doação de órgãos e tecidos isso é delicado, eu acho que para a família. Às vezes, é uma família que não foi ajudada em nenhum momento dentro do hospital, que foi negligenciada, que não recebeu um bom atendimento. Às vezes, essa família não consegue compreender e acaba negando a doação (E2).

Algumas famílias parecem tranquilas no momento da entrevista, mas, quando você fala de doação, parece que você está tirando delas a última chance de esperança que elas acreditam que seu ente querido tem de sair daquela situação. A entrevista continua dependendo da relação de cada família frente à notícia da morte de seu parente (E3).

[...] não é tão simples, você conduzir uma entrevista familiar, porque você está falando da morte de um ente querido e por mais que você trabalhe a morte, você nunca está preparado, quando é um parente seu. Depende também de como essa família foi acolhida, desde o início do processo pela instituição. Então, nós já tivemos famílias que recusaram a doação por falta de atendimento adequado da instituição. Eu já tive família que não queria conversar comigo, porque ela foi tão mal recebida pelo hospital que quando chegou o momento de fazer a entrevista, a família não queria conversar comigo. E isso é muito ruim, pois a família já não acredita na instituição e quando a gente vai realizar a entrevista para a doação de órgãos, a família fala que não vai doar. Às vezes, a situação é tão tensa que você não consegue introduzir a conversa sobre a doação de órgãos. [...] a gente percebe também que, em muitos casos, o hospital pede a doação dos órgãos do potencial doador para a família, antes da conclusão do diagnóstico de morte encefálica. Então, a instituição, às vezes, atropela o processo e fala com a família sem ter o diagnóstico de morte encefálica concluído, sem o paciente estar morto.

Essa situação gera um grande descrédito para o sistema **(E4)**.

[...] a própria equipe multidisciplinar que não acolhe as famílias dos potenciais doadores no hospital, e o paciente que poderia ser um doador de órgãos, ele acaba não sendo por conta desse acolhimento inadequado dado pelos profissionais, por desconhecer o processo de doação **(E6)**.

No momento da entrevista, a gente encontra uma família apreensiva com uma dificuldade imensa para tomar a decisão sobre a doação. Antes da entrevista a família tinha o seu parente na UTI, onde ela podia alimentar a esperança. [...] assinar o termo de doação [...] muitas famílias falam que é o mesmo que assinar o atestado de óbito do seu ente querido. Então, na entrevista a família vem com esse tipo de pensamento, essa apreensão. É muito ruim também quando eu vou fazer a entrevista, e as pessoas do hospital já deram palpites para a família ou disseram para a família não doar [...] a família já tem um monte de informações distorcidas, desencontradas, que não são verdadeiras e que não correspondem à realidade. Quando a família chega para a gente, é uma família estressada, uma família que já ouviu um monte de coisa. **(E7)**.

[...] a entrevista é desgastante emocionalmente. Dependendo de como a família foi recebida no hospital, dependendo de como foi a causa da morte encefálica [...] nos casos de politrauma em pacientes jovens, crianças e adolescentes, são situações de extremo desgaste emocional para o entrevistador e para a família, com certeza. [...] isso representa uma perda irreparável para a família. A gente tem que analisar todo o contexto [...]. A morte é algo muito distante e não falada em vida. Então, as pessoas não costumam falar e nessa situação fica difícil para a família tomar uma decisão do que vai ser feito. **(E9)**.

[...] quando a gente vai conversar com a família, é o momento que ela vai manifestar a revolta de todo o atendimento que ela teve. A revolta não é direcionada para o enfermeiro da doação de órgãos, mas, para o atendimento que foi dado ao longo da internação de seu ente querido, desde o momento da admissão até a conclusão do protocolo de morte encefálica. É, nesse momento, que a família vai expor toda a sua indignação. Além disso, quando o médico fala com a família sem um preparo específico, e ele toca na doação, a família pode, inicialmente, achar estranho. O médico pode abordar esse assunto de uma forma incorreta. Então, quando a gente vai solicitar a doação, a família já tem um preconceito formado sobre a doação e tende a não doar por isso. Às vezes, a equipe do hospital se antecipa e acaba abordando o tema da doação de uma forma inadequada. [...] tocar no assunto da doação de forma despreparada dificulta a aceitação da família e até prejudica a realização da entrevista familiar. Eu vejo isso como um despreparo, e isso atrapalha o processo de doação **(E10)**.

Outro aspecto significativo que interfere na entrevista familiar é a inadequação na estrutura física dos hospitais, que contribui para a falta de privacidade e humanização nessa etapa do processo de doação:

[...] existem dificuldades em relação à infraestrutura do ambiente hospitalar. Nem sempre temos um local adequado, condições adequadas para receber a família do doador. Então, na nossa experiência, é impossível falar com a família do lado do leito do doador, na porta do hospital. Eu já fui a hospitais que não tinha lugar e você tem que fazer a entrevista, no local com um monte de gente gritando, passando... Isso dificulta muito, prejudica muito (E1).

A estrutura hospitalar é inadequada. [...] a gente não tem uma sala para conversar com as famílias. Essa família que chega ao hospital fica aguardando em pé, sem nenhum conforto. Muitos hospitais não têm como amparar essa família, durante o processo de doação. Então, a estrutura hospitalar relacionada à humanização no processo de doação é muito inadequada. Às vezes, a gente tem que fazer a entrevista no consultório médico, porque não tem um local exclusivo para fazer isso. São poucos os hospitais que têm estrutura para acolher e humanizar o processo de doação para essas famílias (E4).

A gente deveria ter um espaço adequado para entrevistar a família, porque é péssimo entrevistar uma família num local em que toda hora entra uma pessoa, que o telefone toca e que a gente é interrompida (E7).

Os hospitais não estão preparados para humanizar o processo de doação de órgãos. [...] os médicos, os enfermeiros se esforçam para conseguir um local adequado para a gente fazer a entrevista, mas nem todos os hospitais dispõem dessa estrutura. Nesses hospitais, não têm um local reservado, silencioso e que a gente possa ter um pouco mais de privacidade com a família. [...] falar em um local sem condições mínimas de privacidade não é adequado. [...] o que eu vejo é que a própria estrutura dos hospitais não possibilita essa privacidade (E10).

Quando a família autoriza a doação, o doador é notificado à CNCDO que realiza a distribuição, indicando a equipe que fará a **extração dos órgãos e tecidos para transplante**. Nessa etapa do processo de doação, a captação é feita em centro cirúrgico, e os enfermeiros do SPOT relatam que existem empecilhos em relação à disponibilidade de material e sala cirúrgica:

A extração dos órgãos em centro cirúrgico, eu acho que poderia ser melhor. [...] temos problemas com disponibilidade de salas cirúrgicas, disponibilidade de anestesistas, disponibilidade de material cirúrgico. Isso

existe, sim. Principalmente em relação à disponibilidade de sala cirúrgica. Principalmente em hospitais onde o centro cirúrgico tem um grande volume de cirurgias (E1).

Dentro do centro cirúrgico, há uma dificuldade muito grande, em a gente conseguir levar o doador para o centro cirúrgico, porque nem sempre eu consigo uma sala cirúrgica disponível para o doador. [...] é complicado, porque às vezes as salas estão todas ocupadas (E2).

Com o centro cirúrgico, já houve situação que não tinha sala cirúrgica disponível e foi bastante estressante. [...] eu já tive problema na disponibilidade de sala cirúrgica. A médica do centro cirúrgico falou que o doador só ia entrar depois que terminasse todas as cirurgias. Nessa situação, só nos resta esperar pela disponibilidade de sala cirúrgica. [...] não ter sala cirúrgica disponível gera um estresse muito grande. [...] hoje, esse problema vem diminuindo (E3).

Eu vejo que é no momento da captação dos órgãos que podem acontecer os maiores problemas. O hospital que está fornecendo a sala cirúrgica, nem sempre tem recurso material suficiente. Muitos dos problemas vivenciados por mim ocorrem em centro cirúrgico (E9).

Dentro da estrutura hospitalar, têm situações quando chega um paciente gravíssimo, ele vai entrar na frente do doador. [...] o atraso na cirurgia do doador pode causar algum desconforto, porque todos têm pressa, porque o receptor está preparado para receber o órgão (E10).

Findada a extração dos órgãos e tecidos, os familiares são convocados para proceder à **liberação do corpo do doador** e os enfermeiros referem dificuldades nos casos de morte violenta, em razão da demora para liberar o corpo do falecido no Instituto Médico Legal:

Outro aspecto importante nesse processo é a liberação do corpo do doador para os familiares [...] a liberação é algo que causa bastante ansiedade. É um entrave no processo. Estou falando, principalmente, quando é caso de IML. Não existe prioridade para os doadores de órgãos, e isso acaba aumentando a demora e o desgaste da família nesse processo de perda (E1).

Às vezes, demora 24 horas, 36 horas para devolver o corpo para a família. O entendimento da família em relação a esse tempo de espera é um pouco complicado. Eu não tenho como dar para a família um tempo preciso para devolver o corpo do doador. A família fica revoltada, porque como é que pode demorar tanto tempo (E2).

[...] a liberação do corpo no IML é demorada. Existe essa dificuldade em relação ao tempo. [...] a família fica muito

ansiosa, porque ela quer que a gente libere o corpo logo. [...] as famílias sempre reclamam no momento da liberação do corpo por causa da demora. Para a família, o tempo é muito importante **(E3)**.

Outro momento importante no processo de captação é a devolução do corpo do doador. [...] as famílias reclamam muito da devolução do corpo, porque demora muito. Então, esse é um aspecto que gera muito descontentamento nas famílias dos doadores. As famílias se sentem muito desamparadas, porque elas têm que ficar na porta do IML esperando a devolução do corpo **(E4)**.

[...] ainda existe uma morosidade muito grande no Instituto Médico Legal (IML) para liberar o corpo do doador. [...] o corpo do doador não pode ficar esperando horas para ser liberado. [...] a família ter que ficar esperando, esperando, esperando para a liberação do corpo do seu ente querido, eu acho que isso beira o desrespeito **(E5)**.

[...] a liberação do corpo do doador para a família, nas situações de morte violenta, é demorada. [...] já tivemos situações em que o corpo do doador foi liberado após 48 horas do IML. [...] a gente não pode garantir o tempo que o corpo do doador vai permanecer no IML. Eu acho que é muito mais fácil para a família aceitar a doação, quando não existe essa fase do IML. Quando a família fica sabendo que ela tem que esperar o tempo de IML, eu acho que a família pensa e repensa antes de autorizar a doação **(E6)**.

Quando é caso de IML demora muito a liberação do corpo do doador. A família fica muito ansiosa para retirar o corpo. Nós temos que acompanhar a família para amenizar um pouco a ansiedade, mas isso nem sempre é fácil **(E7)**.

Quando o corpo do doador vai para o IML, é um tempo a mais para a família, e isso não depende de nós. Isso estressa e esgota a família, porque a família pode esperar mais 12 horas, 24 horas para receber o corpo. Isso faz com que a família pense que a demora em receber o corpo do seu ente querido está relacionado ao fato dele ter sido um doador de órgãos. Esses são os casos, onde as famílias mais sofrem. As famílias verbalizam que, quando o corpo tem que ir para o IML, isso gera um estresse muito maior devido ao tempo para liberar o corpo do doador **(E10)**.

Um enfermeiro lembrou que, nos casos de morte natural (acidente vascular encefálico, tumor cerebral, anóxia cerebral e outras causas), quando o corpo do doador não é encaminhado ao IML, em alguns hospitais não existe pessoal destinado para preparar o corpo do falecido, ficando essa responsabilidade para a família:

[...] sobre a liberação a gente tem dificuldade nesse momento, porque alguns hospitais, por exemplo, não veste

o corpo do doador e estabelecem que isso é uma função da família, e isso choca muito os familiares do doador. [...] a família começa a relacionar essa situação à doação. Então, a gente escuta a família dizendo, se soubesse que seria assim, ela não teria doado. Isso acaba tirando um pouco da credibilidade do serviço indiretamente (E10).

Um enfermeiro ressaltou que a falta de respeito ao doador é algo pernicioso para o processo de doação:

O que eu percebo é que existe uma falta de respeito com o doador. Se o doador tem história de uso de drogas, o modo como se fala e como se age dentro do centro cirúrgico com esse tipo de doador é muito ruim para o processo de doação. [...] as pessoas esquecem que aquele corpo tinha uma história, uma família e tinha sentimentos. As pessoas agem como se fosse apenas um corpo sem história, apenas uma fonte de órgãos. As pessoas esquecem que tem uma família inteira sofrendo e esperando por aquele corpo, que um dia habitou uma vida (E7).

Foi unânime o relato das barreiras vivenciadas pelos enfermeiros dos Serviços de Procura de Órgãos e Tecidos no processo de doação e, frente a essas dificuldades, esses profissionais realizam intervenções objetivando superar os obstáculos.

CATEGORIA 2: Intervenções realizadas

Na identificação do possível doador, o elemento facilitador nessa etapa do processo de doação de órgãos e tecidos para transplante é a educação dos profissionais sobre a importância dessa especialidade para o sistema de saúde:

[...] conversar com as pessoas e mostrar a importância de identificar o potencial doador, conversar com o médico e com a equipe multiprofissional e esclarecer dúvidas, tudo isso é muito importante (E3).

[...] o que a gente faz em termos de cursos, palestras, porque quando a gente fala com os profissionais, com os alunos, a gente reforça a questão da identificação dos potenciais doadores. Na busca ativa, é importante falar com os profissionais do hospital, perguntar se eles têm dúvidas, se tinha algum caso para notificar e não foi notificado. É realmente visitar os hospitais. (E4).

[...] é na busca ativa, que a gente consegue se fazer presente. A busca ativa é o contato social e é aonde você cria vínculo com o profissional de saúde, seja ele médico, enfermeiro, fisioterapeuta, o porteiro do hospital, o segurança. É através da busca ativa que eles vão lembrar que existe uma equipe a quem recorrer na hora da existência de uma possível morte encefálica. Eu acho de suma importância fazer isso com frequência. Isso aumenta a notificação de potenciais doadores consideravelmente (E9).

A gente orienta que os hospitais notifiquem o caso, quando existe a suspeita da morte encefálica [...], a notificação precoce é importante para que a gente possa orientar vários aspectos referentes ao processo de doação (E10).

Um enfermeiro, ao refletir sobre a sua atuação nesse processo, considera o diálogo um instrumento necessário para estabelecer vínculo e educar os profissionais de saúde:

[...] a gente tem que tentar convencê-los de que a abertura do protocolo de morte encefálica é um diagnóstico que a família tem o direito de saber se o paciente está morto ou não está morto. [...] na maioria dos casos, a gente depois de muita conversa consegue abrir o protocolo de morte encefálica. É importante criar um vínculo com todos os profissionais. Esse vínculo, eu acredito, ele facilita o processo de doação (E2).

Outra intervenção importante consiste em esclarecer os familiares do possível doador sobre o início dos exames de morte encefálica, pois isso possibilita maior transparência ao processo de doação:

A minha preocupação, já no momento da abertura do protocolo, é de que a família seja informada, para que ela possa ter a segurança [...]. Quando as pessoas são informadas e esclarecidas de todos os pontos, eu percebo na minha experiência, que as famílias acabam doando. Na minha experiência, elas doam bastante, desde que seja tudo muito transparente. Quando é um processo limpo, claro, transparente e tranquilo (E2).

Durante todos esses anos, que eu venho trabalhando na doação, o que eu observo é que se a família é orientada logo no início que existe a suspeita de morte encefálica, antes do início do protocolo de morte encefálica, tudo fica mais claro e a família do doador fica mais segura em relação ao diagnóstico de morte encefálica. [...] a família tem que participar, desde a suspeita da morte encefálica até a confirmação desse diagnóstico (E8).

A disponibilização de exame complementar para o diagnóstico de morte encefálica, oferecido pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para todos os hospitais, na percepção dos enfermeiros participantes do estudo, garante a agilidade do processo de doação:

O diagnóstico de morte encefálica melhorou bastante com as empresas prestadoras de serviço para a Secretaria de Saúde de São Paulo, pois está atingindo todos os hospitais **(E1)**.

A gente tem um ponto positivo muito grande nesse processo a Secretaria de Saúde de São Paulo disponibiliza o diagnóstico complementar de morte encefálica para todos os hospitais. Então, a gente não tem dificuldade quanto a isso. [...] isso representa um ponto muito positivo **(E4)**.

Hoje, nós temos autonomia de solicitar o exame complementar de morte encefálica pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. [...] com esse serviço, todo paciente com suspeita de morte encefálica tem como ser confirmado esse diagnóstico. [...] nós podemos concluir todos os diagnósticos de morte encefálica **(E6)**.

A partir de 2007, a Secretaria de Saúde passou a ofertar o exame complementar de morte encefálica para todos os hospitais do Estado de São Paulo, e isso garantiu a agilidade do processo de doação **(E8)**.

O relato de um enfermeiro revela que, nas instituições de ensino, a realização do diagnóstico de morte encefálica ocorre mais facilmente:

Na minha vivência, o que eu percebo é que nos hospitais de ensino esse diagnóstico é facilitado. É facilitado porque existem residentes, médicos assistentes, professores e isso facilita o aprendizado, você obtém o diagnóstico de morte encefálica de uma maneira mais fácil e de uma forma mais didática **(E10)**.

Os enfermeiros consideram que a clareza na comunicação do diagnóstico de morte encefálica é a intervenção que proporciona aos familiares do doador a possibilidade de decidir com autonomia sobre a doação dos órgãos e tecidos:

[...] o diagnóstico de morte encefálica quando o médico explica, nem sempre essa família compreende. Se eu percebo que a família não compreende, eu tenho a

necessidade de voltar a esse assunto. [...] a gente sempre acaba tocando novamente nesse assunto com a família, para elucidar todos os pontos e não deixar nenhuma dúvida. Para que a família possa tomar a melhor decisão em relação à pergunta de doação. E depois, obviamente, a questão da doação **(E2)**.

Não é o enfermeiro de procura de órgãos que comunica o diagnóstico de morte encefálica, mas, muitas vezes, é preciso explicar novamente esse diagnóstico. Confirmar com a família o que eles sabem. Então, eu acredito que nem todo profissional consegue conduzir esse tipo de situação [...]. A comunicação dessa situação deve ser feita por pessoas treinadas **(E4)**.

[...] a gente termina esclarecendo a família o porquê que o parente dela está em morte encefálica. A gente acaba informando sobre a irreversibilidade da situação. Então, é por nosso intermédio que, muitas vezes, a família entende o conceito de morte encefálica **(E6)**.

[...] sobre o diagnóstico de morte encefálica, é dado esclarecimento para os familiares sobre os exames do diagnóstico de morte encefálica. A gente observa que o enfermeiro falando sobre isso, a família fica mais esclarecida e mais tranquila em relação ao diagnóstico. [...] a gente tem mais paciência para conversar com a família, e a gente conversa com essa família de acordo com a linguagem da família **(E8)**.

Para as famílias que não foram esclarecidas adequadamente sobre o diagnóstico de morte encefálica, o enfermeiro da doação de órgãos tem o papel de orientar, explicar e oferecer um pouco mais de segurança para essa família. [...] o nosso papel é reforçar as informações e dar o nosso apoio, possibilitando a doação como uma opção **(E10)**.

A manutenção adequada do doador elegível é uma etapa indispensável para garantir a viabilidade dos órgãos para transplante, embora não seja da competência do enfermeiro, a participação do mesmo é imprescindível para detectar os distúrbios e solicitar ao médico as intervenções apropriadas:

[...] a manutenção hemodinâmica do doador é cuidar, você tem que ficar do lado observando e sanando todos esses problemas hemodinâmicos que vão aparecendo. Obviamente, que para toda intervenção com esse doador eu preciso de uma prescrição médica. Toda observação que eu faço da instabilidade hemodinâmica que eu sinalizo para o médico, eu solicito que ele corrija **(E2)**.

[...] eu não saio do lado do doador até ele chegar ao centro cirúrgico. Eu tenho que fazer uma assistência intensiva para

garantir a qualidade dos órgãos doados. Eu chego e solicito ao médico uma prescrição com vários medicamentos e reposição de volume, para que eu possa assistir o doador da melhor forma possível. No meu cotidiano de trabalho, eu vejo que os melhores doadores são os que recebem uma assistência intensiva, onde existe a participação do enfermeiro e do médico **(E3)**.

[...] a manutenção adequada dos doadores é a infusão de líquidos e eletrólitos, reposição de sangue, aquecimento para manter a temperatura corporal, correção de volume. [...] são os mesmos cuidados dos pacientes críticos **(E4)**.

A entrevista familiar é a etapa em que os enfermeiros podem ajudar os familiares do doador, oferecendo esclarecimentos e apoio na tomada de decisão:

[...] é necessário ter um cuidado maior com a família. Eu tenho que oferecer apoio e suporte para a família. Esse é o nosso papel enquanto enfermeiro. A entrevista tem que ser realizada por meio de técnicas. [...] temos que entender o que essa família está passando, para possibilitar que essa família consiga chegar a uma decisão. [...] você tem que apoiar a família mesmo nos casos de negativa. Às vezes, a família recusa a doação, e eu fico um tempão no hospital para tirar possíveis dúvidas que a família possa ter. A família confiou em mim, mesmo não doando e precisa de mim do lado para tomar outras decisões [...] isso também é importante. É um laço que você faz com a família **(E1)**.

[...] esse momento é muito delicado e muito íntimo com a família. Eu quero estar com ela em um lugar reservado e que eu possa conversar com ela durante muito tempo. Falar sobre a pessoa que acabou de falecer, conhecer um pouco essa pessoa que faleceu e conhecer um pouco da história de vida dessa família **(E2)**.

[...] a família tem que saber e tem que ter ciência de que o paciente está morto, para que você possa falar sobre a opção da doação. Falar que a família tem a oportunidade de doar. [...] é importante mostrar que a família tem essa oportunidade e o direito de decidir sobre a doação **(E3)**.

[...] no momento da entrevista, você espera para poder acolher todos e informar. [...] a doação de órgãos é informação e esclarecimento. Então, você informa para a família que existe a possibilidade de doação naquele momento. [...] acolher a família e oferecer ajuda nesse momento tão difícil é muito importante **(E4)**.

[...] quando a gente vai falar da doação e vai falar da morte da pessoa, a gente tem que ter algo mais. A gente tem que ser o mais claro possível, para que não fique nenhuma sombra de dúvida do que vai ser feito. É importante não usar palavras difíceis e ser claro o suficiente, para que a pessoa entenda, porque nem sempre a pessoa tem o entendimento dos termos médicos **(E5)**.

[...] na maioria das entrevistas, quando eu chego para falar sobre a doação, eu explico tudo que aconteceu com o doador. Se você informa e esclarece adequadamente a família entende. [...] é direito da família ser informada e esclarecida sobre tudo (E7).

a família bem orientada e ciente do protocolo de morte encefálica e que teve tempo suficiente para assimilar essa informação, para aceitar a morte do seu ente querido, com tempo para refletir, a entrevista fica mais fácil e a decisão também (E10).

A capacitação dos profissionais para realizar a entrevista familiar é outro elemento de grande poder de intervenção, pois garante a uniformidade da comunicação:

[...] a entrevista, a gente treina os enfermeiros do nosso serviço e todos fazem da mesma forma. Essas pessoas falam a mesma linguagem. [...] a entrevista é de responsabilidade do enfermeiro do SPOT que são pessoas treinadas no processo de doação e que vão falar com a família do doador. (E4).

[...] ter um enfermeiro ou outro profissional da saúde preparado para fazer a entrevista com a família, que tenha tato para saber o que falar e quando falar. [...] somente um profissional capacitado tem o preparo adequado para falar com a família (E10).

Outro enfermeiro menciona que o envolvimento da equipe que assiste a família do doador falecido é um aspecto que facilita a entrevista familiar:

[...] na entrevista com a família do doador, é muito importante envolver o enfermeiro e o próprio médico das unidades nesse processo. [...] porque a família já teve um contato, desde a internação do seu ente querido com esses profissionais. Então, fica muito mais fácil realizar a entrevista familiar, quando esses profissionais estão envolvidos (E7).

Um enfermeiro enfatizou que a assistência oferecida aos familiares do doador elegível, após a explantação dos órgãos e tecidos, melhora a relação com os mesmos:

No final do processo de doação é o enfermeiro quem libera a família do doador, e eu acho que a gente acompanhando a família até o IML, até a funerária, eu acredito que melhora a relação com a família do doador e humaniza o processo de doação **(E8)**.

Os enfermeiros dos Serviços de Procura de Órgãos e Tecidos reconhecem que as intervenções (educação dos profissionais de saúde sobre doação, uniformidade e clareza na comunicação da má notícia, disponibilidade de exame complementar do diagnóstico de morte encefálica, manutenção adequada do doador, apoio oferecido aos familiares na tomada de decisão, capacitação dos profissionais e envolvimento da equipe que assiste o doador e seus familiares) são importantes, pois contribuem para a otimização do processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.

CATEGORIA 3: Contribuição do trabalho

A contribuição do trabalho dos enfermeiros de captação de órgãos reflete a necessidade de proporcionar aos familiares de doadores uma atenção humanizada e aos receptores de órgãos a oportunidade do transplante, além de ser uma atividade relevante do ponto de vista pessoal, profissional e social:

[...] é um trabalho que tem uma contribuição social muito importante. Acho importante realizar um trabalho que tem um papel social muito grande **(E1)**.

[...] é uma experiência muito enriquecedora trabalhar na área de doação de órgãos e tecidos, por conta do desenvolvimento profissional **(E2)**.

[...] é um trabalho nobre por demais, e eu tento dar o meu melhor. [...] é necessário que eu me envolva de tal forma, mas, que não seja somente um envolvimento profissional, que seja um envolvimento emocional, espiritual e humanizado, para saber como a família está e vai ficar após a perda de um ente querido. [...] isso possibilita oferecer uma assistência humanizada **(E5)**.

[...] você termina ficando satisfeito, quando os órgãos são, realmente, utilizados para transplantes. A gente espera que os receptores fiquem bem [...]. A gente torce para tudo dar certo **(E6)**.

[...] estou atuando há muito tempo no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante e, hoje, eu percebo que eu cresci, tanto profissionalmente como pessoalmente (E8).

Outro enfermeiro menciona a contribuição do trabalho no sentido de organizar a captação, para que a extração dos órgãos e tecidos seja feita dentro dos preceitos éticos e legais:

O enfermeiro da doação no momento da extração dos órgãos em centro cirúrgico tem um papel muito importante, porque é o enfermeiro que organiza essa etapa do processo de doação [...]. O enfermeiro também tem o papel de garantir que tudo será feito, respeitando-se os princípios éticos e legais (E10).

5.2.2 A intencionalidade da ação dos enfermeiros no processo de doação para viabilizar órgãos e tecidos para transplante: os “motivos para”

A ação dos enfermeiros que atuam no processo de doação, fundamentou-se na reflexão da vivência desses profissionais nesse processo (**motivos porque**) e constitui-se em uma projeção para otimizar a viabilização de órgãos e tecidos para transplante (**motivos para**), cuja intencionalidade consiste em mudar paradigmas, humanizar o processo de doação, ser reconhecido, aumentar a doação e salvar vidas.

CATEGORIA 1: Mudar paradigmas

Ao projetar a ação, os enfermeiros consideram a educação dos profissionais de saúde e da população referente ao processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, uma valiosa ferramenta na promoção da mudança de paradigmas:

[...] quando a gente está no hospital e sensibiliza a equipe, o processo tende a ocorrer de uma forma muito mais fácil

sem todos esses entraves. Quando a gente faz um trabalho que é efetivo dentro da instituição, as pessoas vão se sensibilizando em relação a isso. [...] precisamos trazer a equipe para junto [...]. Isso faz a diferença, porque ele se sente participando do processo. O que não pode parecer é que isso é uma coisa dissociada. [...] você fazendo um trabalho, plantando no dia a dia, dizendo às pessoas o porquê você faz aquilo, a gente consegue depois ter um retorno dos profissionais **(E1)**.

[...] eu tenho feito um trabalho de conscientização, para sanar essas dificuldades e para que as pessoas reconheçam que essa atividade é muito importante para o sistema de saúde. [...] eu falo para a equipe de enfermagem e médica sobre o meu objetivo, o meu trabalho nesse processo. [...] eu acabo explicando e conscientizando-os sobre a importância da doação de órgãos. E aí, quando você consegue envolver e conscientizar uma grande parte dessas pessoas, o trabalho começa a fluir **(E2)**.

[...] nós temos potencial para melhorar muito, principalmente, em relação à conscientização, tanto da população como do profissional de saúde, no tocante ao esclarecimento sobre o que é o processo de doação, como funciona e o benefício que ele traz para a sociedade. [...] conscientizar o profissional de saúde que atua nos hospitais, para que a notificação do potencial doador não seja tão tardia, pois isso inviabiliza muito o doador. [...] precisa haver uma conscientização de todas as instituições, no sentido da importância da doação de órgãos e tecidos, da importância do transplante, para que esse processo fosse um pouco mais fácil **(E5)**.

[...] é necessário que a população entenda o que é o processo de doação de órgãos para transplante, porque ainda é uma coisa discutida, mas, que não é percebida da maneira como nós gostaríamos. E a própria população da área da saúde desconhece o processo de doação, e isso desfavorece as nossas ações nesse campo. É importante que nossos colaboradores, os próprios hospitais participem com maior efetividade, dando maior importância ao paciente que está em Glasgow de três e que pode ser um doador. Perceber essa pessoa como um possível doador e da potencialidade que esse paciente tem de melhorar a vida de outras pessoas. Enquanto isso não estiver bem sedimentado a gente vai ter dificuldades, então, é preciso educar as pessoas. **(E6)**.

[...] tem hospital que, quando ocorre o processo de doação e a gente trabalha lado a lado com os profissionais desse hospital, tudo fica mais fácil. Quando tiver outro caso, eu acho que a equipe participa muito mais, colabora mais, porque percebe que é um trabalho muito importante, como todos os outros trabalhos na área de saúde. [...] eu acho que eles acabam vendo a importância desse trabalho **(E7)**.

[...] o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante hoje não é uma disciplina, mas deveria ser inserido em todos os cursos da área de saúde como uma

disciplina obrigatória. [...] a educação dos profissionais de saúde e da população de como funciona a doação, como são as etapas dos exames do potencial doador, como são as etapas do centro cirúrgico, isso ajudaria muito na mudança de atitude das pessoas em relação ao processo e no momento de oferecer as orientações para a família durante a internação do doador **(E8)**.

Nosso papel no processo de doação, não é apenas buscar os órgãos para ofertar. O nosso papel é também educar, é ensinar, é deixar com que a população fique menos ignorante a respeito de doação e de transplantes de órgãos. É um papel educativo, acima de tudo. Eu acho muito importante promover a educação das pessoas frente a essa situação. [...] passar o conhecimento, ensinar e promover uma mudança de atitude. É um processo de educação continuada. [...] levar o conhecimento da doação de órgãos para a população, pois isso não é abordado nas escolas [...]. É você fazer o papel de educador constantemente. [...] essa educação é para ambas as partes, tanto da população, como dos profissionais de saúde **(E9)**.

[...] mostrar a importância de notificar, de fazer a manutenção adequada dos órgãos, de agilizar o processo. [...] médicos e enfermeiros deveriam ser capacitados e educados para fazer a comunicação de más notícias para as famílias de doadores. Seria importante ter rotinas, grupos de estudos, palestrar e educação permanente referente a esse tema, que facilitaria muito o processo de doação. [...] que os hospitais tivessem protocolos de manutenção para os doadores **(E10)**.

A educação é a condição que possibilita a superação dos obstáculos e a mudança de atitude dos profissionais de saúde e, a partir desse novo comportamento, os enfermeiros projetam o processo de doação que eles vislumbram, como sendo o ideal:

[...] o processo tinha que ocorrer de forma a diminuir esses obstáculos. Que tivessem protocolos de manutenção de doadores em todas as instituições. Comissões com uma pessoa responsável por essa questão. Notificação precoce dos casos. Sensibilização dos profissionais. A partir do momento que existe a suspeita da morte encefálica **(E1)**.

O processo ideal seria aquele em que nas próprias unidades de terapia intensiva, nas emergências, que todos os médicos identificassem, abrissem e notificassem a existência de potenciais doadores para os Serviços de Procura de Órgãos e Tecidos. Que não existissem dificuldades, os entraves que nós temos de abertura do protocolo de morte encefálica, a dificuldade de centro cirúrgico, a dificuldade de falar com a família do doador, porque ela não é preparada para receber a notícia do óbito,

a notícia é dada sem nenhum preparo, é dada de impacto **(E2)**.

O ideal seria o médico notificar precocemente o potencial doador, esclarecer a família, desde o início da suspeita da morte encefálica, realizar os exames de morte encefálica e a manutenção correta do doador, envolver o profissional da captação no processo e preparar o profissional da captação para falar com a família sobre a doação de órgãos e tecidos. Após a retirada dos órgãos e tecidos, no momento da liberação do corpo do doador, que essa liberação não seja morosa e dolorosa para a família. Isso é o ideal, mas eu acho que a gente tem que caminhar muito para que isso aconteça **(E5)**.

A condição ideal de um processo de doação seria aquele em que todas as pessoas estivessem envolvidas e que o tempo entre os exames para diagnosticar a morte encefálica fosse o tempo mínimo possível. As condições de manutenção de um doador fossem compatíveis com as de um paciente de UTI e que as famílias fossem bem acolhidas durante todo o processo. Então, a condição ideal é o tempo menor, mas, respeitando todos os aspectos legais que envolvem o processo de doação. Isso, certamente, minimizará as perdas de doadores **(E6)**.

[...] o ideal no processo de doação é a família do doador ser bem mais participativa nesse processo e ser bem mais orientada por parte dos médicos em relação à morte encefálica. [...] quando a família é bem orientada sobre o processo de doação, sobre os procedimentos, ela fica tranquila **(E8)**.

O modelo ideal é mostrar para a população que esse é um assunto do nosso cotidiano. A morte encefálica existe e faz parte do nosso dia a dia. O modelo ideal é a população ter esse conhecimento. Outro fator que contribuiria muito para o modelo ideal seria todos os profissionais de saúde ter acesso a esse conhecimento mais detalhado e mais técnico na graduação e pós-graduação. [...] o médico tem e deveria, nesse modelo ideal, conhecer a morte encefálica não somente quando ele começa a fazer residência, mas ele deveria ter esse contato na graduação. Isso tem que ser discutido nas faculdades e tem que virar matéria obrigatória, tanto para enfermeiros, fisioterapeutas e, principalmente, para os médicos **(E9)**.

[...] o processo ideal seria aquele em que todo hospital tivesse um profissional atuante e trabalhando exclusivamente com isso. [...] para o processo de doação dar certo, é necessário ter um profissional para atuar nos casos de doação. Que fizesse as notificações precocemente, a partir do momento que o possível doador é identificado e a gente em parceria com o hospital poderia otimizar esse processo. [...] existindo um profissional em cada hospital, o tempo do processo de doação seria mais curto, a avaliação seria feita mais rápida, a comunicação para a família seria mais adequada, e isso seria o ideal **(E10)**.

A transparência no processo de doação de órgãos e tecidos tem um efeito positivo na credibilidade perante a população, proporcionando a mudança de paradigmas e melhorando a oferta de órgãos e tecidos para transplante:

O processo de doação é muito difícil, complexo, trabalhoso. [...] eu considero que o processo de doação tem que ser transparente, claro, sem dúvidas. [...] se existir dúvidas têm que ser esclarecidas. O processo de doação tem que ser transparente, principalmente, para a família do doador. A família tem que ter a clareza de todo o processo, o entendimento de tudo o que está sendo feito, isso é o que é mais importante, sem margem para dúvida, para desconfiança **(E2)**.

[...] você tem que fazer o processo de doação o mais transparente possível, isso passa segurança às famílias dos doadores e para que as pessoas possam ver e querer fazer sempre da melhor forma possível. A partir do momento que você vai deixando a coisa transparente e vai envolvendo a família nesse processo, eu acredito que isso melhora em cem por cento esse processo de doação **(E3)**.

Antigamente, existia muita recusa porque as famílias tinham muito medo de doar [...] mas, hoje, as coisas estão mais claras, em virtude da transparência do processo de doação **(E8)**.

[...] a falta de órgãos no Brasil é um problema crônico. [...] isso quem reverte é a sociedade consciente de que o processo de doação é feito de forma transparente. [...] nós temos que investir na doação de órgãos de pacientes com morte encefálica, isso é de extrema importância **(E9)**.

O depoimento dos enfermeiros mostra que a mudança de paradigmas é o caminho para se chegar ao modelo desejável de doação, e a humanização é uma categoria essencial para que isso seja possível.

CATEGORIA 2: Humanizar o processo de doação

Os enfermeiros acreditam que humanizar a relação com os familiares do doador elegível facilita na interação com os mesmos e, para tal, estabelecem uma relação de ajuda, objetivando diminuir o

mal-estar da família e oferecer recursos, para que ela possa enfrentar a perda do seu parente:

[...] temos que oferecer apoio e suporte para a família. [...] fazer a diferença, é dar o apoio naquele momento que a família está passando por essa situação difícil. [...] criar uma rede de apoio para essa família é muito importante. [...] pelo médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, essa rede de apoio, que eu acho que faz a diferença no final para a família. Esse é o nosso papel **(E1)**.

[...] é extremamente importante que a gente consiga humanizar um pouco mais esse momento com essa família. O momento que o médico dá a notícia de morte encefálica, a família cai em prantos, começa a chorar e não tem como você não se comover nessa hora. [...] você acolhe, tenta apaziguar um pouco esse sofrimento para ajudá-los a passar por esse processo de perda e luto. [...] ajudá-los a entender um pouco essa questão da morte e do morrer. [...] cuidar da família de maneira muito especial. [...] toda família que perde alguém, deveria ter essa possibilidade de contar com um serviço humanizado; nessa hora, que atenda à sua expectativa, que atenda a seu sofrimento. Eu acho que a família do doador precisa de uma atenção especial **(E2)**.

[...] qualquer paciente que entra grave no hospital pode evoluir para morte. [...] essas famílias têm que ser acolhidas em todos os momentos. [...] a humanização tem que ser trabalhada **(E6)**.

[...] nós deveríamos acompanhar mais de perto a família, pois é um momento que a família está muito desequilibrada, desestruturada, não sabe para onde ir, não sabe o que fazer. [...] é preciso dar atenção, encaminhar essa família ou mesmo dar um abraço, pegar na mão e falar: a gente está aqui para ajudar! **(E7)**.

No momento de liberar o corpo do doador para a família [...], a gente espera a família e fornece as orientações, porque é a humanização do processo. A família, nesse momento, está precisando de apoio e amparo. [...] a gente tem que apoiar e acolher. Então, eu acho que o nosso papel social e de humanização é muito importante e fundamental **(E10)**.

Os enfermeiros dos Serviços de Procura de Órgãos e Tecidos reconhecem que a compreensão do processo de perda pode auxiliá-los a entender as reações manifestadas pelos familiares do doador elegível e possibilita oferecer ajuda de uma forma mais adequada, para que esses familiares possam mobilizar mecanismos de enfrentamento para a situação de morte encefálica. A comunicação da má notícia pode representar uma oportunidade de crescimento pessoal para os

parentes do doador falecido, muitas vezes, associada a um grande sofrimento, mas, que pode ser suportada, desde que entendida e elaborada adequadamente. Dessa maneira, humanizar pressupõe compreender a família que está vivenciando a perda do seu ente querido, permitindo-se entender seus sentimentos e comportamentos, sendo a empatia um recurso utilizado por esses profissionais:

Eu nunca passei pela situação de perder uma pessoa da família, da morte de um ente querido próximo. [...] eu tento ser para as famílias dos doadores, o que eu espero que alguém seja para mim, se um dia eu passar por isso. [...] é isso que eu tenho que pensar, quando eu vou para casa e coloco a cabeça no travesseiro para dormir: pensar que eu fiz a diferença para alguém, naquele momento, de alguma forma **(E1)**.

[...] quando um familiar meu falecer eu gostaria que nesse momento um profissional da área de saúde, seja ele médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social estivesse do meu lado para me apoiar, porque é um momento que até a pessoa mais bem estruturada psiquicamente, psicologicamente, ela vai apresentar alguma instabilidade emocional. [...] poder contar com alguém que entenda isso, que compreenda o seu sofrimento é imprescindível. [...] a família precisa de apoio e precisa receber uma atenção muito especial, porque é uma família que está perdendo o seu ente querido. E só quem perde alguém que se ama muito, sabe o quanto é dolorido e como é sofrido esse momento. [...] ter essa empatia de se colocar um pouco no lugar dessa família, eu acho que é extremamente importante nessa área **(E2)**.

Nós trabalhamos com emoções, porque o enfermeiro da doação de órgãos é humano, e ele pode expressar os seus sentimentos, se tiver que chorar durante a situação. O enfermeiro deve chorar e deve se expressar. Eu acho que isso faz parte também do nosso trabalho. [...] o enfermeiro poder se expressar **(E6)**.

Humanizar requer a capacidade de escutar ativamente, e isso implica ser capaz de dar sentido ao que se ouve e à pessoa que se sente escutada, sente-se reconhecida e respeitada, essa é uma necessidade presente na prática do enfermeiro do SPOT:

[...] é você tentar amenizar um pouco da dor que essa família está sentindo. Às vezes, a família só quer falar e você precisa saber escutar. Então, eu me disponho a escutar, nem que para isso eu tenha que passar o plantão

inteiro escutando a família. Estar com ela em qualquer lugar, isso é fundamental (E7).

A humanização está relacionada também com a estrutura hospitalar adequada. Um enfermeiro relata sobre a importância de um local confortável onde a família possa aguardar a finalização dos procedimentos com o doador, mas, essa realidade não está disponível:

[...] deveria existir um ambiente, um local para a gente deixar essa família esperando até terminar o processo de extração dos órgãos e tecidos, porque tem família que quer ficar no hospital até o final. A gente não tem como oferecer esse local para a família (E7).

O conteúdo do discurso de cada um dos sujeitos deste estudo revela a importância da humanização no cenário da doação de órgãos, como uma ação que tem como pilar o respeito à dignidade humana. Essa intenção possibilitará ao enfermeiro ser reconhecido como um agente de transformação.

CATEGORIA 3: Ser reconhecido

Ao trilhar o caminho do processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, o enfermeiro do SPOT vivencia os obstáculos e realiza intervenções, quando essas barreiras são identificadas, sendo a educação o instrumento utilizado com a intenção de mudar os paradigmas dos indivíduos envolvidos nesse contexto. Isso, concomitantemente, tem um impacto no sentido de humanizar o processo, isto é, humanizar a assistência prestada aos familiares do doador falecido e, conseqüentemente, despertar nos profissionais de saúde e na população o reconhecimento da importância dessa prática à sociedade. Para tal, os enfermeiros buscam ser reconhecidos como atores sociais ativos que contribuem para a efetivação dos transplantes:

Eu acho que só sabe a importância do nosso trabalho, quem está na fila esperando um órgão. Se um dia qualquer

pessoa tiver na família um parente nessa situação, é que vai entender o quanto é importante o nosso trabalho. [...] nós temos muito mais potencial para fazermos muito mais, do que nós fazemos hoje **(E1)**.

[...] dentro do hospital que as pessoas me reconheçam como uma pessoa que ajuda outras pessoas; nesse momento de perda e ajuda, quem precisa desse órgão. Que não me vejam como um urubu, como o médico me chama. [...] porque a minha resposta para essas pessoas é: se um dia você estiver na fila de transplante, necessitando de um órgão e você me encontrar, você não vai me ver como um urubu, você vai me ver com outra cara. Eu acho que essa é a cara que a gente tem que ser reconhecido dentro do hospital, como uma pessoa que está para ajudar e sempre ajudando a família que acabou de vivenciar a perda, e a família que está aguardando por um transplante e, com certeza, alimenta uma expectativa muito grande em relação ao nosso trabalho **(E2)**.

[...] ser reconhecido profissionalmente, porque nós, enfermeiros, não somos reconhecidos em momento nenhum. Nós agimos e agimos, fazemos e fazemos e ninguém reconhece. [...] nós precisamos ser reconhecidos profissionalmente, como aqueles que fazem a coisa acontecer. [...] a doação de órgãos não anda sem o enfermeiro. [...] o reconhecimento profissional é muito importante. A gente é movida por reconhecimento **(E5)**.

[...] as pessoas te visualizam, porque se você faz um trabalho bom, todo mundo te conhece. Eu sou o enfermeiro da doação, e eu sou a referência do processo de doação, e as pessoas me visualizam. Então, depende de você fazer um bom trabalho. [...] se fazer presente nos hospitais, realizar palestras, tirar dúvidas quando existe o potencial doador no hospital. [...] eu espero o reconhecimento das pessoas. Essa visualização tem um significado na minha atuação **(E6)**.

Eu espero o reconhecimento profissional. Eu acho que o enfermeiro é um profissional competente tem muito potencial e capacidade. Eu acho que o médico é muito importante, mas o enfermeiro é fundamental, para que os doadores sejam concretizados. [...] eu acho que o enfermeiro da doação de órgãos precisa ser mais valorizado. [...] se existem os doadores no Brasil é também por conta do trabalho dos enfermeiros. Esses profissionais têm uma grande contribuição na efetivação dos doadores. A gente sabe exatamente o nosso papel nesse processo. Eu acho que é o trabalho de uma equipe multidisciplinar, onde cada um sabe o seu papel e o outro tem que respeitar o conhecimento e a experiência do enfermeiro da doação de órgãos **(E8)**.

O transplante só é possível se existirem profissionais como eu, que buscam potenciais doadores. É uma rede, é um ciclo, não tem transplante se não houver pessoas trabalhando nos Serviços de Procura de Órgãos e Tecidos. Esses profissionais precisam ser valorizados **(E9)**.

[...] passar para a equipe de saúde a importância do nosso serviço e fazer com que ela vista a nossa camisa e entenda o processo. [...] eu espero que, com o meu trabalho, eu consiga agregar valores positivos e passar a importância do enfermeiro nesse processo. [...] com o nosso trabalho, nós temos como mostrar a nossa importância e o quanto são importantes as nossas ações, orientações, a nossa presença no hospital para a viabilização do doador (E10).

Um profissional menciona que o enfermeiro da captação de órgãos deve ser reconhecido como gerente, interlocutor, articulador e facilitador do processo de doação para o sistema de saúde e população:

Eu acho que quem trabalha na captação deveria ser reconhecido como um bom gerente, interlocutor, articulador e facilitador do processo de doação para a sociedade e para o sistema de saúde. O profissional tem um aprendizado gerencial, porque o enfermeiro da doação gerencia, facilita e articula tudo (E6).

Ser reconhecido implica, não apenas no reconhecimento do sujeito envolvido no trabalho com doação, mas, um projeto que perpassa o individual e vai em direção ao ser reconhecido no sentido coletivo e da importância que se deve atribuir a todos os indivíduos (doadores, familiares, transplantadores, receptores e equipe de saúde), que contribuem para que os transplantes sejam uma realidade social. Diante disso, os enfermeiros intencionam aumentar a doação.

CATEGORIA 4: Aumentar a doação

À medida que as mudanças vão acontecendo, os enfermeiros projetam as ações objetivando aumentar a doação e, conseqüentemente, os transplantes. Isso, provavelmente, produzirá um efeito positivo na redução das listas de espera:

[...] eu espero, lógico, que como o objetivo principal é aumentar o número de doações e fazer com que o número de transplantes cresça no país (E2).

[...] espero que, com o meu trabalho, eu possa estar contribuindo com o aumento, cada vez mais, do número de

doadores de órgãos, porque a gente sabe que entram muitos pacientes nas listas de espera. A gente sabe que não é suficiente o número de doadores que a gente tem. Eu acho que, se cada um fizer a sua parte, eu acredito que a gente consegue chegar lá. Não vamos conseguir acabar com as listas de espera no Brasil, mas podemos trabalhar para que, pelo menos, esse número diminua aumentando as doações (E5).

Eu espero que cada dia o número de doadores aumente, para que possam ser ofertados mais órgãos para transplantes (E6).

Eu espero contribuir cada vez mais com o aumento do número de doações em nossa região e aumentar os transplantes de órgãos e tecidos (E9).

Aumentar os transplantes e reduzir as listas de espera de órgãos trazem implícitas as ambições, aspirações, sonhos, projetos futuros e as intenções dos enfermeiros do SPOT dirigidas para salvar vidas.

CATEGORIA 5: Salvar vidas

Nesta categoria, as ações dos enfermeiros são projetadas no intuito de salvar vidas. Obter e viabilizar órgãos para os receptores, que para esses profissionais, não possuem nome, nem rosto, motivam e dão significado ao trabalho:

[...] eu vejo que a morte pode, ainda, produzir a vida. Essa morte que pode produzir a vida, é o que me motiva a trabalhar na área de doação de órgãos e tecidos para transplante. É saber que existem pessoas em uma fila que aguardam por um órgão, pessoas que têm expectativas de vida e que querem continuar convivendo com seus familiares, que querem ver os filhos crescerem e ver os netos nascerem. Eu sei que a perda desse ente querido pode não ser em vão, ela pode vir a ajudar outras pessoas, a doação pode salvar vidas. Eu acho que poder participar desse processo e ajudar essas pessoas não tem preço. Para mim, é algo extremamente gratificante, mesmo não conhecendo as pessoas que vão receber os órgãos (E2).

[...] é você poder ajudar uma vida. Quando eu vejo isso, como resultado do meu trabalho, uma criança ou um adulto que recebeu um órgão e que a família está muito feliz pelo transplante, isso me motiva para o próximo, para o próximo, para o próximo. [...] que o doador possa salvar muitas vidas. [...] essa pessoa que está esperando por um órgão e depende de mim para encontrar o doador para a pessoa que está em uma UTI esperando pelo transplante ou em

casa esperando um telefonema. Então, eu sempre estou procurando, buscando órgãos para salvar a vida das pessoas **(E3)**.

[...] a minha função é conseguir órgãos para transplantes. [...] eu sei que através do meu trabalho eu estou ajudando salvar vidas ou melhorar a qualidade de vida de muitas pessoas. Ao mesmo tempo em que você trabalha com o doador falecido que não tem mais prognóstico, por outro lado, você está trazendo a vida e a esperança para muita gente **(E4)**.

[...] minha motivação maior é salvar vidas. [...] saber que o pouco que eu faço representa muito para quem está aguardando por um órgão para continuar vivendo. Então, isso é muito importante continuar ajudando alguém que eu não conheço, mas, que é grato pelo meu trabalho **(E5)**.

[...] o que eu espero e me motiva na doação é a possibilidade de trabalhar com algo que traz muita felicidade para alguém, mesmo sabendo que a gente não tem contato com o transplante **(E6)**.

[...] saber que o meu trabalho poderá proporcionar qualidade de vida para outras pessoas e poderá oferecer uma oportunidade de vida para os receptores de órgãos, isso é muito gratificante. Então, o que me deixa feliz profissionalmente é saber que através do meu trabalho outras pessoas poderão ter uma vida normal, com qualidade, com saúde **(E8)**.

[...] ajudar a salvar a vida ou melhorar a qualidade de vida de quem precisa de um órgão para continuar vivendo, pessoas que você nunca vai conhecer, mas, que de alguma forma vão ser beneficiadas. [...] você precisa dar uma segunda chance para elas. A chance de refazer a vida, de refazer a sua família. Aqueles que não tiveram filhos terem a possibilidade de tê-los, aqueles que têm filhos, terem a oportunidade de criá-los e educá-los. Isso só é possível se o receptor passar por um transplante **(E9)**.

[...] saber que eu posso estar viabilizando e otimizando o transplante. [...] saber que o meu trabalho pode ajudar a salvar outras vidas **(E10)**.

APRESENTAÇÃO DO TIPO VIVIDO

6 APRESENTAÇÃO DO TIPO VIVIDO

As categorias concretas extraídas das entrevistas dos sujeitos do estudo desvelaram o sentido da ação subjetiva da vivência dos enfermeiros que atuam no processo de doação e permitiram construir o **tipo vivido** por esses profissionais, com base na convergência dos significados contidos nos **motivos porque** e **motivos para**, representativos das experiências desse grupo social, que atua no mundo cotidiano da saúde para obter e viabilizar órgãos e tecidos para transplante.

Como mencionado anteriormente, o **tipo vivido** não corresponde a uma pessoa, em particular, mas trata-se de uma criação elaborada pela reflexão sobre a vivência de um grupo social em determinado contexto, desempenhando um papel importante na compreensão do outro na interação social. O mundo factual de nossa experiência é vivenciado desde o princípio, como sendo um mundo típico^(60,61). Dessa forma, o **tipo vivido** não se refere ao enfermeiro do SPOT individualmente, mas retrata a idealização daquilo que é comum na ação dos enfermeiros que vivenciam o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.

De posse dos **motivos porque** e **motivos para**, conforme os construtos de Schutz e as categorias concretas emergidas dos discursos dos sujeitos desta pesquisa tem-se como tipo vivido do enfermeiro que vivencia diariamente o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante: aquele que se depara em seu cotidiano de trabalho com inúmeros obstáculos na identificação do possível doador, na confirmação do diagnóstico de morte encefálica, na comunicação dessa condição aos familiares do doador falecido, na manutenção da viabilidade dos órgãos para transplante, na extração dos órgãos e tecidos em centro cirúrgico e na liberação do corpo do doador para sepultamento. Frente a essas dificuldades, realiza intervenções para otimizar o processo de doação e reconhece a contribuição do trabalho no âmbito pessoal, profissional e social. Ao refletir sobre seus atos,

percebe que seu papel como agente de transformação é essencial, e as intenções são projetadas com o intuito de mudar os paradigmas da equipe multidisciplinar frente ao processo de doação, sendo a educação utilizada como um instrumento relevante na promoção de um novo modo de ver e pensar essa especialidade da área da saúde. Frente à possibilidade de mudança de atitude, esse ator social vislumbra a possibilidade de humanizar o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, objetivando oferecer uma assistência digna aos familiares do doador elegível, compreendendo seus sentimentos e comportamentos e compartilhando suas angústias, medos e sofrimentos frente à perda do seu ente querido. Por sua vez, isto proporcionará ao enfermeiro ser reconhecido como interlocutor, articulador e facilitador desse processo perante os profissionais de saúde e população. Consequentemente, intenciona com suas ações aumentar a doação e, com isso, salvar vidas.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo, fundamentado nos conceitos da Fenomenologia Social de Alfred Schutz, que tem como base a motivação da ação humana decorrente de suas próprias experiências, permitiu compreender o típico na ação social da vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, no qual as dificuldades estão presentes nas várias etapas desse processo, e as intervenções são realizadas para corrigir as falhas, e os enfermeiros reconhecem a contribuição do seu trabalho no campo social, pessoal e profissional. Como resultado de seus atos e independente da situação biográfica de cada sujeito entrevistado, as ações são projetadas intencionando mudar paradigmas, humanizar o processo, ser reconhecido, aumentar a doação e salvar vidas.

Em seu dia a dia de trabalho, os enfermeiros do SPOT compartilham com os familiares de doadores elegíveis, equipe multidisciplinar de saúde e transplantadores uma relação face a face e intersubjetiva, em que cada pessoa é única em seu modo de ser, agir e pensar, sendo influenciada por suas crenças, valores e experiências. Nesse cenário, o indivíduo em sua singularidade interage, reage e percebe de modo diferente o processo de doação e a possibilidade de obter órgãos e tecidos para transplante, tendo como referencial sua própria situação biográfica.

Na atualidade, não se podem desconsiderar os avanços científicos, tecnológicos e organizacionais que têm como meta aumentar o número de transplantes de órgãos e tecidos, possibilitando que muitas pessoas sejam beneficiadas por essa modalidade terapêutica. Entretanto, a escassez de doadores para atender à demanda crescente de pacientes em lista de espera representa, possivelmente, o maior obstáculo para a realização dos procedimentos de transplantação⁽²⁷⁾.

A escassez de órgãos e tecidos para transplante é uma preocupação presente no dia a dia dos enfermeiros que atuam no

processo de doação e o bom relacionamento com a equipe que presta assistência ao doador elegível em morte encefálica e seus familiares podem representar a oportunidade para otimizar a obtenção de órgãos e tecidos com qualidade.

Os enfermeiros do SPOT, apoiados em sua bagagem de conhecimento acumulada ao longo de sua vida pessoal e profissional, revelam um tipo vivido que retrata a vivência desses profissionais no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante (**motivos porque**), como sendo um trabalho permeado por **obstáculos vivenciados** na dinâmica do processo de doação, pela necessidade de **realizar intervenções** e enfatizam a **contribuição do trabalho** para a vida profissional, pessoal e à sociedade.

Os **obstáculos vivenciados** começam com a identificação do possível doador, destacando-se, como elementos dificultadores, o desinteresse e a resistência da equipe de saúde para realizar a notificação e os procedimentos de confirmação do diagnóstico de morte encefálica.

No Brasil, apenas um de cada oito potenciais doadores é notificado oficialmente para o sistema. Na obtenção de órgãos para transplante, os principais obstáculos consistem na falha para identificar, notificar e confirmar essa situação, em razão do desconhecimento, desinteresse e sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde. Nessa etapa, o atraso ou falha resulta em custos inapropriados, ocupação prolongada de um leito de UTI, aumento do sofrimento familiar e perda de órgãos e tecidos para transplante. Sendo assim, a disponibilidade de pessoal treinado nos hospitais é importante para melhorar a notificação do potencial doador^(2,38,76,77).

Possivelmente, as dificuldades que os enfermeiros encontram na identificação e notificação precoce do possível doador pelos profissionais de saúde, contribuem diretamente para a qualidade dos órgãos ofertados para transplante e com o baixo índice de efetivação de doadores elegíveis.

Dessa forma, o profissional do SPOT deve ser informado de todos os casos de pacientes com diagnóstico de morte encefálica, para que possa articular o processo de doação. É indispensável que a equipe multiprofissional colabore e coopere em todas as fases desse processo.

Essas dificuldades são agravadas pelo desconhecimento, inexperiência e resistência que alguns médicos possuem em aceitar o diagnóstico de morte encefálica, como sendo a morte da pessoa. Nesse sentido, torna-se urgente investir em educação direcionada aos profissionais de saúde e desconstruir as incertezas de médicos em relação ao diagnóstico de morte encefálica.

Mesmo sabendo que os critérios de ME estão bem definidos, ainda existem médicos que consideram essa situação diferente de morte. A desinformação gera atitudes incoerentes e contribui para intervenções desnecessárias em pacientes com suspeita de dano cerebral irreversível^(36,38,76,78).

A escassez de recursos humanos e de materiais que contribuem, para que o doador não seja uma prioridade no contexto de saúde, são considerados também como aspectos dificultadores, sendo os doadores elegíveis relegados a segundo plano na assistência e o diagnóstico de morte encefálica realizado tardiamente.

A experiência mostra que o potencial doador é o que recebe menos cuidado na UTI, sendo as atenções da equipe de saúde direcionadas para os pacientes com prognóstico de vida ou potencialmente recuperáveis^(79,80). Essa percepção é compartilhada pelos enfermeiros dos Serviços de Procura de Órgãos e Tecidos em seu cotidiano de trabalho.

Os serviços de saúde trazem inúmeros problemas de natureza ética aos profissionais que atuam nesse sistema, em decorrência da escassez de recursos frente às necessidades dos usuários. Escolhas são feitas diariamente, levando-se em conta fatos, emoções, ideias, crenças, valores e princípios morais que afetam os indivíduos, as instituições e a coletividade. A escolha do paciente que será

beneficiado diante do número insuficiente de leitos de terapia intensiva é orientada pelo princípio ético da justiça distributiva e a posição dos profissionais diante dos conflitos de priorização não é cômoda, ao contrário, é tarefa difícil e até indesejável^(81,82).

Todos os potenciais doadores deveriam ser assistidos em UTI para melhor acompanhamento das complicações clínicas decorrentes da morte encefálica. Entretanto, a falta de leitos de terapia intensiva representa um grande problema nos hospitais públicos brasileiros. A indisponibilidade desse recurso interfere na qualidade da assistência prestada ao paciente com suspeita de morte encefálica; em muitos casos, o diagnóstico é iniciado muito tardiamente, e os potenciais doadores são mantidos em salas de emergências lotadas⁽⁷⁶⁾. Essa realidade de muitos hospitais é motivo de indignação por parte dos enfermeiros que atuam no processo de doação.

Para uma pessoa compreender os atos de outra, é necessário que antes ela conheça os **motivos para** e os **motivos porque** desses atos. Só é possível compreender esses atos, se ela estiver na mesma situação e norteadada pelos mesmos motivos do outro^(54,61). Inserir os profissionais de saúde no cenário da doação, talvez, facilite o entendimento dos motivos que levam os enfermeiros da captação de órgãos considerarem importante a participação de todos para superar as dificuldades.

Nesse sentido, os enfermeiros do SPOT sabem que os entraves no processo de doação não podem ser vividos de forma solitária, mas, compartilhados com a equipe multidisciplinar em uma relação intersubjetiva e sentem que precisam intervir e atuar frente aos problemas, modificando-os, conforme seus interesses práticos, sobretudo, por meio de suas ações. Assim, esses indivíduos acreditam que a postura da equipe de saúde em não considerar o doador como uma prioridade representa um problema para o processo de doação e perdas de órgãos para transplante. É necessário que haja disponibilidade de recursos que favoreça todos os pacientes envolvidos.

O sujeito que vivencia determinado contexto social percebe na atitude natural as consequências típicas de seus atos, que são apreendidos como típicos e que estão inseridos em uma estrutura de incompatibilidade que é percebida como óbvia, temporal e própria. Dessa forma, a intersubjetividade é fundamental para a compreensão da existência humana no mundo e dos significados subjetivos de seus atos, pois estar no mundo significa também comunicar-se com ele em uma rede de relações sociais, que faz parte do mundo construído pelo próprio homem^(61,62).

As consequências típicas da inadequada estrutura de saúde em razão da sobrecarga de trabalho, inadequação nos recursos físicos e humanos refletem na manutenção do doador elegível e na qualidade dos órgãos para transplantes, pois, dentro da realidade hospitalar, o doador não é uma prioridade podendo ocorrer sua perda por parada cardíaca.

Pesquisa realizada pelo Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos do HCFMUSP identificou que o grande entrave na disponibilização de órgãos e tecidos de potenciais doadores ocorre devido ao alto índice de parada cardíaca (57%) antes da conclusão do diagnóstico de morte encefálica, representando um obstáculo na obtenção de órgãos para transplante. Esse dado revela que as causas da não efetivação de doadores contribuem, para que o número de órgãos seja insuficiente para atender à demanda crescente de receptores em lista de espera⁽⁸³⁾.

A parada cardíaca indica que a assistência prestada ao doador de órgãos deve ser semelhante à assistência oferecida ao paciente em estado crítico, em uma unidade de terapia intensiva, pois requer uma vigilância constante por profissionais capacitados no manejo desses pacientes⁽⁴¹⁾. É importante enfatizar que o doador elegível, frequentemente, apresenta instabilidade hemodinâmica, necessitando de cuidados intensivos para manter a viabilidade dos órgãos para transplante.

Provavelmente, a alta taxa de perda dos doadores deve-se em parte à própria estrutura do sistema de saúde brasileiro que, muitas

vezes, mantém doadores de órgãos e tecidos de forma inadequada e ineficaz. Além disso, é importante ressaltar que a taxa de efetivação poderá ser melhorada por meio da agilização do processo de confirmação de morte encefálica, disponibilidade de leitos de terapia intensiva, participação e envolvimento da equipe multidisciplinar no processo de doação.

Nesse contexto, destaca-se a capacitação dos profissionais de saúde referente ao processo de doação e, principalmente, quanto aos cuidados intensivos com o doador de órgãos. O enfermeiro é um elemento-chave nesse processo, em razão de sua grande proximidade com os pacientes críticos, o que pode facilitar o reconhecimento precoce dos sinais clínicos de morte encefálica, o diagnóstico da mesma e, conseqüentemente, a doação de órgãos e tecidos para transplante. Portanto, é fundamental que o enfermeiro conheça os sinais clínicos, a realização do diagnóstico, as principais alterações fisiológicas, as intervenções essenciais e a legislação vigente⁽⁸⁴⁾. A introdução de uma disciplina sobre essa temática nos cursos de graduação e nas diversas especializações de enfermagem possibilitaria a aquisição de conhecimento nesse campo.

Os estudos mostram que o conhecimento das alterações fisiológicas que acometem os diversos órgãos e sistemas do doador elegível, pelos profissionais que prestam assistência a esses pacientes, é um dos fatores que parece estar relacionado à melhoria da sobrevivência do receptor e qualidade do enxerto transplantado. Uma vez identificado o possível doador, inicia-se imediatamente o diagnóstico de ME e, concomitantemente, sua manutenção que consiste na aplicação de suporte clínico para manter os parâmetros hemodinâmicos próximos do normal, visando à viabilidade e qualidade dos órgãos para transplante^(40,41,85).

Observa-se que as barreiras na disponibilização de órgãos estão relacionadas às dificuldades no reconhecimento da morte encefálica, na manutenção clínica do doador falecido e na entrevista familiar. Em relação à manutenção adequada, não se observa em grande parte das

unidades de terapia intensiva do Brasil a valorização dessa etapa do processo de doação, fato evidenciado pela ausência quase absoluta da sistematização da assistência ao doador de múltiplos órgãos. Trata-se de uma questão humanitária e de cidadania de todos os atores envolvidos nesse processo, perpassando a esfera técnica do cuidado⁽⁴²⁾.

O incremento do número de doadores e de efetivas doações envolve melhor compreensão da morte encefálica, seus processos fisiológicos, sua identificação e as estratégias envolvidas no cuidado clínico do doador falecido⁽⁸⁶⁾.

Como base na educação, experiência e competência, as ações de enfermagem no processo de doação são realizadas com o objetivo de minimizar essas falhas e otimizar a obtenção de órgãos e tecidos para transplante. Assim, conforme os conceitos de Schutz⁽⁶¹⁾, pode-se dizer que os enfermeiros interpretam o mundo da doação, conforme seus interesses particulares, motivos, desejos, aspirações e ideologia. A situação biográfica determina o modo como esses indivíduos interpretam os fatos da vida cotidiana e a forma como enfrentam os desafios. Esses atores definem a realidade que encontram amparados em sua história de vida, formada pela sedimentação de suas experiências subjetivas e exclusivas.

No processo de doação, a vivência dos enfermeiros do SPOT revela que a entrevista familiar torna-se difícil, quando a assistência dispensada aos familiares do doador falecido é inadequada e quando os mesmos não conseguem aceitar a morte do paciente e tomar a decisão sobre a doação. Além disso, a inapropriada estrutura física dos hospitais contribui para a falta de privacidade e humanização no momento de realizar a entrevista.

A entrevista familiar é considerada um momento delicado no processo de doação, porque representa para a família a concretização da morte, a separação e a impotência diante da perda de seu ente querido. Muitas instituições, por falta de infraestrutura ou por não considerarem esse aspecto importante, não oferecem um ambiente

específico e privativo para acomodar a família do doador elegível no momento da entrevista, obrigando o enfermeiro do SPOT a utilizar o corredor ou qualquer outra área livre do hospital com essa finalidade, mesmo sabendo que a entrevista nesses locais é fortemente desaconselhada. O fato pode atrapalhar essa etapa do processo de doação e influenciar na decisão familiar^(48,87).

Trata-se de uma situação geradora de grande conflito interno, levando o enfermeiro a identificar a situação familiar frente à perda, estabelecer uma relação de ajuda com os familiares do doador e, posteriormente, determinar o momento adequado para conversar sobre a doação. Esse cuidado pode fazer a diferença no processo de doação, pois o enfermeiro do SPOT sabe que a experiência individual dessa entrevista poderá ter um forte impacto sobre o ambiente social da família. Um processo mal conduzido poderá enfraquecer a confiança e causar danos no relacionamento com os profissionais, bem como afetar futuras doações. Uma boa experiência não só ajudará os familiares a encararem a perda e a dor, como também contribuirá para a promoção do desejo de doar.

O conceito de morte encefálica, ainda, é pouco compreendido pela população e a maioria parece desconhecer seu significado, acreditando que o doador falecido tem condição de retornar à vida. O grau de confiança no processo de diagnóstico da morte encefálica e na capacidade do médico em atestar essa condição é baixa, podendo influenciar negativamente a decisão sobre a doação de órgãos^(88,89).

A perda de um parente modifica a estrutura da família, e o enfermeiro do SPOT acompanha tudo isso de perto, desde o acolhimento durante e após a entrevista familiar, finalizando com o acompanhamento na liberação do corpo do doador para sepultamento^(90,91).

Em outras etapas do processo de doação, os profissionais identificam as dificuldades na disponibilidade de material e sala cirúrgica para a extração dos órgãos, a indisponibilidade de pessoal para vestir o corpo do falecido, após a retirada dos órgãos e demora na

liberação pelo Instituto Médico Legal, bem como a falta de respeito com o corpo do doador.

Nos casos de morte violenta, o corpo do doador falecido é encaminhado, obrigatoriamente, ao Instituto Médico Legal para a necropsia, e a demora e as informações contraditórias geram desconforto, incômodo, sensação de impotência e aumento do estresse da família, que se encontra cansada e esgotada. A espera pela liberação intensifica a ansiedade, tornando a situação insuportável frente à possibilidade de atraso ou pela pressão de outros familiares que querem rapidez na liberação do corpo⁽²²⁾.

Em relação à falta de respeito com o corpo do doador falecido, cabe ao profissional inserido no contexto da saúde abster-se de qualquer julgamento, conduzindo o processo de doação com sensibilidade e ética. O respeito e a dignidade ao corpo do doador de órgãos devem ser uma prioridade na assistência, pois esse não é um objeto e deve ser cercado de respeito⁽⁹¹⁾. As relações interpessoais devem contribuir para o crescimento dos indivíduos como seres humanos e proporcionar mudança na postura, atitude e modo de ver o mundo.

No mundo da vida, os atos sociais e as experiências dos indivíduos estão ligados a seu estado atual de consciência, porque a realidade que agora é passado foi uma vez presente concreto desses atores sociais⁽⁶²⁾.

Nesse sentido, as **intervenções realizadas** revelam que o enfermeiro exerce a função de educador, sendo o diálogo um veículo utilizado para sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância de identificar o possível doador de órgãos.

A educação da equipe multiprofissional de saúde e da população é fundamental para fortalecer a participação de todos no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, sendo um dos fatores determinantes para o sucesso dos programas de transplantes⁽⁹²⁾. Portanto, as relações sociais entre os enfermeiros do SPOT e os profissionais de saúde têm presente a intersubjetividade e a

comunicação interpessoal torna-se determinante nesse cenário, visto que, esses indivíduos estabelecem interações que se completam, influenciando suas ações mutuamente⁽⁶²⁾.

A comunicação exerce um papel importante no processo de doação, pois, outro ponto mencionado como essencial pelos enfermeiros, refere-se à necessidade de comunicar e esclarecer os familiares do possível doador sobre o início dos exames de morte encefálica, por acreditarem que esse cuidado confere maior transparência ao processo de doação e proporciona maior tempo para que os familiares processem melhor a ideia da perda de seu parente. Seguindo essa linha de raciocínio, observa-se na prática que seria importante também oferecer a chance ao representante ou membro da família de estar presente durante a realização dos exames comprobatórios do diagnóstico de morte. Entretanto, o que se constata é que nem sempre ou quase nunca isso ocorre.

Sabe-se que, do ponto de vista legal, ético e humano é recomendável a presença de um parente do possível doador durante a realização dos exames confirmatórios de ME, especialmente, no momento da execução da apneia. Isso, provavelmente, ajuda a família a compreender que o paciente morreu, pois o exame de apneia é o mais convincente em termos de despertar no familiar a percepção de que a pessoa perdeu todas as suas funções encefálicas^(93,94).

Estudo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com médicos e enfermeiros de unidades de terapia intensiva, mostrou que esses profissionais consideram importante a participação da família do possível doador no momento da realização dos exames comprobatórios do diagnóstico de ME, acreditando que essa prática favorece a aceitação dessa condição e facilita a tomada de decisão pelos familiares⁽⁹⁵⁾.

A legislação brasileira torna obrigatória a informação aos familiares do possível doador sobre o início dos procedimentos para a verificação da morte encefálica e admite a presença de médico de sua confiança no momento da comprovação desse diagnóstico. A

participação da família nessa fase tem grande relevância^(34,78,96,97). No entanto, a maioria das famílias não dispõe de um médico particular para acompanhar tais procedimentos e, muitas vezes, não é comunicada sobre o início dos exames.

É fundamental proporcionar condições, para que os familiares dos doadores de órgãos sejam bem atendidos, oferecendo profissionais e recursos tecnológicos, prontamente, para a confirmação de todos os casos de suspeita de morte encefálica. Nesta pesquisa, os enfermeiros enfatizaram como modelo de intervenção de grande impacto, a disponibilização de exame complementar de ME oferecido pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo a todos os hospitais públicos, filantrópicos e privados.

Outro aspecto que facilita a doação é representado pela comunicação eficaz no momento de esclarecer sobre o diagnóstico de morte encefálica. A objetividade, honestidade, clareza e simplicidade na informação transmitida ajudam os familiares do doador elegível na tomada de decisão com autonomia. Quando o enfermeiro do SPOT explica, a família compreende e assimila melhor a mensagem.

As famílias consideram que a comunicação adequada é aquela que as informações sobre o estado de seu ente querido são transmitidas de modo simples, claro e objetivo, sem o uso de terminologia científica, possibilitando a compreensão até por pessoas com menor nível de escolaridade. As orientações e o contato direto do enfermeiro com os familiares facilita a compreensão das informações⁽⁹⁸⁾.

O motivo mais importante do fracasso da comunicação consiste em assumir que a intenção expressada é a mesma que a decodificada. O profissional de saúde nem sempre é capaz de traduzir em palavras os pensamentos e emoções⁽⁹⁸⁾. Na verdade, algumas vezes, diz o contrário do que pensa ou sente. A interpretação da mensagem pela família do doador falecido é outra fonte de erro na comunicação. Os familiares do paciente podem chegar às suas próprias conclusões sobre seu estado, como consequência da informação transmitida pelo

comportamento não verbal do médico ou do enfermeiro. O medo, o desespero ou a esperança sentida pela família que recebe a má notícia têm um papel importante na avaliação que faz da mensagem.

Outra intervenção importante é a manutenção efetiva dos doadores falecidos que, possivelmente, representa a medida que de fato garante a oferta de órgãos de boa qualidade para transplante. A presença do médico e do enfermeiro é imprescindível no manejo das alterações hemodinâmicas do doador elegível.

Nessa etapa do processo de doação, a equipe de enfermagem exerce um papel-chave na manutenção do doador falecido, reconhecendo as alterações fisiológicas decorrentes da morte encefálica, para que com a equipe médica possa instituir o manejo mais apropriado para a situação. Assim, a assistência de enfermagem é relevante para garantir órgãos de boa qualidade aos receptores de transplantes^(11,79,85,92,99).

Os enfermeiros relataram que o envolvimento e a capacitação dos profissionais para realizar a entrevista ajudam os familiares do paciente em morte encefálica na tomada de decisão sobre o destino que darão aos órgãos e tecidos do doador falecido.

Há uma orientação crescente de que somente pessoas treinadas devem realizar a entrevista familiar. Qualquer profissional de saúde pode fazê-la, desde que esteja capacitado e não faça parte da equipe que assistiu o paciente durante a internação. Além disso, existe uma forte associação entre taxas elevadas de consentimento familiar e capacitação profissional, mostrando que os profissionais mais envolvidos com as famílias e seguros em solicitar a doação têm maior aceitação^(27,87).

A interação entre enfermeiros do SPOT, familiares de doadores falecidos, equipe multiprofissional e transplantadores permite que esses indivíduos reconheçam a **contribuição do trabalho** com doação, como sendo uma atividade relevante do ponto de vista pessoal, profissional e social.

Os enfermeiros consideram gratificante trabalhar no processo de doação de órgãos e reconhecem a contribuição dessa atividade para o desenvolvimento profissional. Esses profissionais percebem que seu trabalho é extremamente significativo, por estar fazendo o bem ao receptor e proporcionar ao doador um fim digno, bem como esclarecimento e respeito a seus familiares diante da perda de uma pessoa da família. Portanto, o trabalho em equipe confere transparência ao processo de doação, fazendo com que a assistência voltada ao doador elegível e sua família seja baseada nos princípios da ética, humanização e respeito à dignidade humana^(99,100).

Na relação social, as ações das pessoas são descritas por Schutz, como sendo uma interação entre os indivíduos, na qual um aprende com o outro por meio da comunicação, pois o mundo tem significado para todos os seres humanos e as experiências de cada um se completam mutuamente. O mundo intersubjetivo é interpretado, como um possível campo de ação de todos nós⁽⁶³⁾.

Nesse sentido, a ação quando concretizada transforma-se em ato, produzindo consequências no futuro, ou seja, uma nova ação é projetada e traz consigo desejos, aspirações, intenções e motivos para agir. Esses motivos conferem significado ao trabalho dos enfermeiros dos Serviços de Procura de Órgãos e Tecidos.

Esse enfermeiro, ao refletir sobre as experiências acumuladas em sua bagagem de conhecimento disponível, revela projetos futuros, expectativas e intencionalidades, constituindo-se em seus **motivos para**, retratando um **tipo vivido** que tem como meta **mudar os paradigmas** dos profissionais de saúde em relação ao processo de doação, para que esses indivíduos possam **humanizar esse processo**, oferecendo uma assistência digna aos familiares do doador elegível. Essa mudança de atitude possibilitará ao enfermeiro da captação **ser reconhecido**, como um agente de transformação, despertando na equipe multiprofissional o desejo de participar ativamente na obtenção órgãos e tecidos para transplante. Com essas ações, o enfermeiro intenciona **aumentar a doação e salvar vidas**.

Mudar paradigmas pressupõe intensificar a educação dos trabalhadores da saúde e população sobre a doação de órgãos e tecidos, pois educar é a ação que possibilita superar os obstáculos, fortalece a transparência do processo de doação e confere credibilidade perante a população.

Os estudos revelam que a educação dos profissionais de saúde em doação é a estratégia que permite ao indivíduo que irá trabalhar em serviços de emergência ou UTI aperfeiçoar o processo de doação e ser referência para a comunidade na divulgação do conceito de morte encefálica. Consequentemente, isso contribui para uma maior aceitação da população em relação a esse diagnóstico e aumenta o número de transplante de órgãos. Portanto, a educação tem como objetivo despertar a reflexão consciente, a confiança nesse processo e a solidariedade para com aqueles que têm o transplante, como uma chance de reorganizar a própria vida^(78,79,89,101,102).

Os transplantes representam uma alternativa terapêutica consolidada para o tratamento de pacientes com falência crônica de órgãos e a oportunidade de oferecer esses procedimentos deve-se à solidariedade das famílias de doadores falecidos e dos programas de educação direcionados para o treinamento de pessoal nessa área da saúde⁽¹⁰³⁾.

Quando se fala em programas de educação permanente em doação, a equipe de enfermagem é citada como elemento fundamental nesse cenário, uma vez que a aprendizagem significa mudança de comportamento da pessoa devido à incorporação de novos hábitos, atitudes e conhecimentos nessa especialidade. Sendo assim, acredita-se que as responsabilidades desses profissionais não devam ficar restritas apenas ao cuidado, pois a força de trabalho da enfermagem também pode ser utilizada para gerar uma consciência pública^(79,104,105).

Neste estudo, os sujeitos consideram a educação uma ferramenta que tem o poder de mudar a postura dos profissionais de saúde e da população. Diante desse novo comportamento, os enfermeiros do SPOT percebem que a motivação para atuar nesse

campo é essencial, permitindo vislumbrar o processo de doação considerado desejável.

Acredita-se que, com um maior treinamento dos profissionais de saúde, atuação efetiva das Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, com pessoas contratadas exclusivamente para exercer essa atividade, possivelmente, os índices de notificação, captação e efetivação de doação aumentariam em nosso País⁽¹⁰⁶⁾.

Os enfermeiros da captação de órgãos agem, conforme os motivos dirigidos para a obtenção de metas que apontem para o futuro (**motivos para**). Uma ação, como conduta consciente, distingue-se de todos os outros tipos de conduta em função da existência de uma orientação, de um projeto e de um plano operacional. Planejar é antecipar eventos futuros, e os projetos são baseados nos diversos graus de conhecimento dos fatores envolvidos. Por outro lado, esses enfermeiros possuem razões para suas ações. Essas razões estão ancoradas em experiências passadas (**motivos porque**), que são essencialmente subjetivas⁽⁵⁴⁾.

Os interesses das pessoas vêm ao encontro da relevância motivacional, predominantes em um determinado momento e situação⁽⁶³⁾. Embora as experiências vividas pela equipe multiprofissional, enfermeiros de captação e familiares de doadores falecidos referente ao processo de doação, sejam subjetivas e diferentes, esse processo está carregado de acontecimentos que são comuns para todos, mas, cada um vivencia a situação conforme sua própria perspectiva e da qual o outro é também parte integrante. Trata-se, portanto, de um mundo vida compartilhado.

Seguindo essa linha de pensamento, pode-se dizer que os enfermeiros interpretam o mundo intersubjetivo da captação e a atitude de seus pares nesse cenário, com base em suas próprias vivências, reconhecendo a necessidade e a importância de ações que permitam **humanizar o processo** de doação de órgãos e tecidos para transplante.

Para esses articuladores da doação, humanizar significa oferecer ajuda aos familiares do doador falecido, para que estes possam mobilizar mecanismos de enfrentamento diante da situação de morte encefálica, sendo a empatia um recurso utilizado por esses sujeitos.

Apoiado nessa premissa, o enfermeiro acredita que a empatia é vista como um elemento que facilita a relação com os familiares, permitindo falar com eles de forma adequada, compreendendo a situação, seus sentimentos, comportamentos e sofrimentos, ter paciência e entender que os familiares podem interpretar a comunicação não verbal do profissional de saúde, conforme as suas percepções⁽⁴⁵⁾.

Dessa forma, humanizar é o mesmo que respeitar a individualidade do ser humano, e o enfermeiro deve ser capaz de compreender a si mesmo e ao outro, ampliando esse conhecimento na forma de ação, sendo que a relação de ajuda desempenha papel central na assistência mais eficaz e humanizada^(107,108).

A relação de ajuda está baseada no respeito, autenticidade e empatia, produzindo uma interação face a face, que facilita e motiva a comunicação⁽⁵²⁾. O enfermeiro que oferece ajuda está interessado em despertar nos familiares do doador mecanismos de enfrentamento e diminuir o mal-estar diante da perda do parente.

O treinamento dos profissionais, que atuam nas unidades onde existe a possibilidade de ter um possível doador, tem como proposta prepará-los para comunicar a má notícia e realizar a entrevista familiar para a doação. Os profissionais de saúde precisam acolher e ajudar as famílias dos doadores a aceitar e entender a morte encefálica; nesse momento, a atenção, a capacidade de escutar e a humanização são atitudes fundamentais para estabelecer uma relação de ajuda⁽¹⁰⁹⁾.

Nos discursos dos enfermeiros do SPOT, fica evidente a crença que eles têm na humanização como uma ferramenta valiosa, que tem por objetivo acolher e oferecer apoio individualizado aos familiares diante da perda de seu ente querido. Ao reconhecer que os indivíduos

com os quais interagem, nem que seja por um curto espaço de tempo, são únicos, esses enfermeiros projetam suas ações no intuito de fazer com que os profissionais de saúde vejam com outros olhos o processo de doação. Possivelmente, essa mudança irá depender muito mais de motivação interna que externa, sendo necessário colocar-se no lugar da família do doador para compreender as suas necessidades. Há que existir uma vontade no sentido de mobilizar a empatia e a vontade de humanizar a relação interpessoal.

Motivados por humanizar o processo de doação, os enfermeiros percebem que, nesse campo, a relação face a face possibilitará compreender melhor o outro, estando mais abertos para as suas necessidades. Essa ação irá ajudar não só os familiares do doador falecido, mas também os profissionais de saúde e os receptores de órgãos e tecidos.

A situação face a face pressupõe a percepção consciente dos atores envolvidos no mundo social e representa a estrutura das relações e dos atos sociais. Essa relação ocorre, quando as pessoas estão conscientes uma em relação à outra e participam uma da vida da outra, ainda que por um curto período de tempo^(54,62).

No mundo da captação de órgãos e tecidos para transplante, vivenciado pelos enfermeiros do SPOT, equipe multiprofissional de saúde e familiares do doador elegível, esses indivíduos percebem esse cenário como uma realidade da vida cotidiana, não como um mundo privado, mas, sim, compartilhado por todos os envolvidos de forma intersubjetiva, que interpretam suas ações conforme suas próprias perspectivas, bagagem de conhecimento e situação biográfica na atitude natural⁽⁶²⁾.

Por meio da atitude natural, o enfermeiro interpreta suas experiências, que permitem compreender as condutas dos outros indivíduos, tendo como base sua própria vivência. Nesse sentido, esse ator ao planejar as ações que permitirão mudar paradigmas e humanizar o processo de doação; intenciona também **ser reconhecido** como articulador, interlocutor e facilitador nesse cenário da saúde com

o intuito de criar condições mais favoráveis para a viabilização de órgãos e tecidos para transplante.

Nesse contexto, o enfermeiro desempenha papel-chave no processo de doação, em razão de sua grande proximidade com o doador de órgãos, atuando como elo entre a equipe multiprofissional, familiares do doador, transplantadores e receptores. Esse profissional está em constante intercâmbio com todos os sujeitos envolvidos no processo, objetivando a concretização do transplante⁽⁹⁹⁾. Desse modo, a ação do enfermeiro na captação de órgãos nunca está isolada, desvinculada ou divorciada do mundo, mas, em completa sintonia com a realidade social que ele vivencia⁽⁶¹⁾.

O enfermeiro da doação reconhecendo a importância de seu trabalho projeta suas ações intencionando superar as barreiras no processo de doação. Ao projetar, antecipa o ato, como se ele tivesse acontecido, situando-se imaginariamente no tempo futuro, porém, a possibilidade de realizar o que foi projetado tem como alicerce certos elementos do presente, sendo a situação biográfica e o estoque de conhecimento disponível desse ator social fatores que condicionam suas ações⁽⁶¹⁾. Assim, quando ele vivencia o mundo da vida cotidiana da doação e identifica obstáculos, esses são guias seguros para interpretar a realidade social, e a relevância que atribui a essas dificuldades são determinantes na projeção de ações que permitam mudar os paradigmas dos profissionais de saúde, humanizar a assistência aos familiares do doador falecido, ser reconhecido e, com isso, **aumentar a doação** de órgãos e **salvar vidas**.

O sucesso dos transplantes depende da participação de todos os profissionais de saúde na identificação do possível doador, realização do diagnóstico de morte encefálica, manutenção hemodinâmica do potencial doador e assistência humanizada aos familiares do doador elegível, tendo como meta a redução da mortalidade de receptores em lista de espera⁽⁹²⁾.

Nesse cenário de interatividade, a intersubjetividade que se caracteriza pela relação comunicativa interpessoal é fundamental para

compreender a existência humana no mundo. Este mundo tem sentido para todos, e os indivíduos colocam-se em relação direta uns com os outros cuja vivência é interpretada reciprocamente, transcendendo a experiência subjetiva de cada um. Esse relacionamento mútuo implica modos semelhantes de vida^(61,63).

Para os profissionais de saúde e população, a grande motivação para doar órgãos e tecidos para transplantes é beneficiar muitas pessoas. Um único doador elegível pode salvar ou melhorar a qualidade de vida de muitos receptores em lista de espera^(89,99,100,110,111,112).

O referencial teórico da fenomenologia social de Alfred Schutz permitiu desenvolver a análise e compreensão dos resultados e a essência do fenômeno “**vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante**” foi desvelada, as inquietações respondidas e o objetivo alcançado. Os dados que emergiram deste estudo permitirão planejar e implementar estratégias que possam mudar a realidade social vivida pelos profissionais que atuam no processo de doação e transplante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação permitiu compreender o significado da ação dos enfermeiros que atuam no processo de doação. Ao refletirem sobre seu papel nesse cenário, esses profissionais revelaram por meio de seu discurso o contexto dos motivos existenciais vividos em seu cotidiano de trabalho, mostrando que a morosidade em identificar o possível doador e realizar o diagnóstico de morte encefálica, a falta de habilidade para comunicar má notícia, a inadequada manutenção do doador elegível, a escassez de recursos humanos e materiais são fatores que interferem na viabilização do doador elegível, contribuindo para a escassez de órgãos e tecidos.

O conhecimento que emergiu da realidade vivida pelos enfermeiros dos Serviços de Procura de Órgãos e Tecidos, desvela a necessidade urgente de implantar estratégias para superar tais obstáculos e otimizar a viabilização de órgãos e tecidos para a realização dos transplantes. Mesmo diante dos avanços técnicos e científicos obtidos ao longo das últimas décadas nessa especialidade da área da saúde, a escassez de órgãos de boa qualidade proveniente de doadores elegíveis contribui para o aumento da taxa de mortalidade de pacientes em lista de espera.

Após o desvelamento desse fenômeno, frente à realidade apresentada pelos enfermeiros que participaram do estudo, fica evidente que o melhor caminho para superar essas barreiras é promover a mudança de postura dos profissionais de saúde frente ao processo de doação de órgãos e tecidos. Inegavelmente, a educação tem sido apontada como a estratégia mais pertinente para vencer essas dificuldades e a presença da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, com enfermeiros e médicos contratados especificamente para realizar essa atividade, certamente, representa a grande oportunidade para fomentar a mudança de paradigmas. Esses profissionais atuariam, sobretudo,

na educação permanente da equipe de saúde do hospital referente ao processo de doação e transplante.

A percepção da realidade concreta vivida pelos enfermeiros mostrou que as intervenções realizadas intencionam superar as dificuldades, mas têm um efeito temporário, pois os obstáculos voltam a se repetir com frequência. Dessa forma, se faz necessário que os governos federal, estadual e municipal estabeleçam políticas públicas, visando a mobilizar recursos que favoreçam as atividades de captação de órgãos e tecidos para transplante nas instituições de saúde.

Outro aspecto importantíssimo que merece a atenção dos gestores, refere-se à escassez de leitos de terapia intensiva, em hospitais públicos de grande porte e de alta complexidade, que compromete a qualidade da manutenção dos doadores. Portanto, é preciso aumentar a oferta desse recurso escasso, no qual o doador elegível possa ser inserido nesses cuidados especializados, sem competir com o paciente crítico que tem prognóstico.

Assim, quando os enfermeiros do estudo enfatizam que o doador é colocado em segundo plano na assistência, é fundamental que os hospitais criem protocolos de manutenção de doadores baseados em diretrizes internacionais e com a participação ativa desses profissionais. Além disso, deve-se criar a cultura da doação, inserindo o tema nos cursos de graduação e pós-graduação das escolas de medicina, enfermagem, psicologia, serviço social e fisioterapia.

Partindo desse pressuposto, a experiência vivida pelos enfermeiros de captação permite acreditar que a educação de médicos sobre doação é de extrema importância, uma vez que os elementos clínicos e biológicos do processo de doação (identificação do possível doador, diagnóstico de morte encefálica, manutenção hemodinâmica do doador, manejo de infecções, contraindicação para a utilização de órgãos e tecidos) dependem da conduta desses indivíduos. Entretanto, quando a sobrecarga de trabalho interfere na otimização desses elementos, é essencial investir na contratação de profissionais de medicina e enfermagem para os hospitais onde existem tais

dificuldades e centrar esforços intensivamente em treinamento por meio de simulação realística, principalmente no que se refere à realização do diagnóstico de morte encefálica, comunicação em situação de crise e manutenção do doador falecido.

Para tanto, é fundamental que as ações governamentais fortaleçam essa prática, como sendo uma estratégia importante para o desenvolvimento da área da saúde.

É preciso que o governo valorize esse contexto da saúde, melhorando as condições dos hospitais públicos, pois os enfermeiros reconhecem que a doação de órgãos e tecidos proporciona um impacto econômico e social de grande relevância, pois essa especialidade tem por objetivo salvar e melhorar a qualidade de vida de muitas pessoas. Os enfermeiros percebem-se como sendo o elo entre a equipe multidisciplinar, familiares do doador, transplantadores e receptores, estabelecendo a interconexão no tocante à disponibilização de órgãos e tecidos para transplante.

Dessa forma, não basta somente investir na educação dos profissionais de saúde, mas, é primordial humanizar a assistência oferecida aos familiares dos doadores falecidos, sendo imprescindível destinar um local dentro da estrutura física dos hospitais que ofereça conforto e privacidade, no momento de comunicação da má notícia às famílias desses doadores e na realização da entrevista familiar para solicitar a doação. O referido espaço poderia abrigar também os familiares do doador elegível que optassem por permanecer na instituição até a finalização dos procedimentos de captação dos órgãos e tecidos para transplante. Esse aspecto vem ao encontro da proposta de humanização do Sistema Único de Saúde.

A assistência humanizada é considerada um desafio para os profissionais da área da saúde. Na tentativa de minimizar a dor diante da perda de um parente com diagnóstico de morte encefálica, é conveniente a criação de um grupo de apoio e suporte ao luto para as famílias de doadores de órgãos e tecidos. Nos casos de morte violenta, além de oferecer esse serviço especializado, a presença de um

psicólogo, assistente social ou enfermeiro até a liberação do corpo do doador para sepultamento é essencial para humanizar o processo de doação.

Percebe-se, ser bastante amplo o campo de atuação da equipe multidisciplinar no processo de doação. Especialmente para a enfermagem, em que há muitas possibilidades de atuação por meio de ações educativas que favoreçam a transparência desse processo com base nos princípios éticos, legais e humanos.

No tocante à educação da população sobre a doação de órgãos e tecidos para transplante, é importante introduzir o assunto na grade curricular do ensino fundamental e médio. Realizar oficinas de debate em associações de moradores e grupos religiosos também é uma estratégia interessante para dirimir incertezas sobre o tema.

É pertinente considerar como aspecto limitante deste estudo, o fato de envolver apenas um contexto social, não permitindo generalizar seus resultados. Todavia, sua importância está ancorada na experiência dos enfermeiros, o que possibilita compreender o significado da ação desses profissionais que vivenciam em seu cotidiano de trabalho o processo de doação, que é marcado por obstáculos que dificultam a viabilização de órgãos e tecidos para transplante, e as intervenções realizadas intencionam promover uma nova forma de ver essa especialidade da área da saúde e ajudar a salvar vidas.

Depois de desvelar o fenômeno, mesmo sabendo que este não se esgota em uma única perspectiva, mas, renova-se, conforme o contexto social vivenciado de acordo com a ótica de quem o investiga em busca de respostas para as inquietações que emergem da realidade vivida, pode-se afirmar que a fenomenologia da ação social de Alfred Schutz mostrou-se, neste trabalho de pesquisa, como uma teoria apropriada que oferece subsídios para conhecer o outro na relação social. Os dados obtidos com base na experiência dos sujeitos do estudo indicam caminhos para superar as barreiras no processo de

doação e para realizar futuras pesquisas que possibilitarão a construção do conhecimento nesse campo da enfermagem.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Moraes EL, Massarollo MCKB. A recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplante. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008; 16(3): 458-64.
2. Moraes EL, Massarollo MCKB. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(2):131-5.
3. 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 2012. *RBT Registro Bras Transpl*. 2012;18(4):15.
4. Rithalia A, McDald C, Suekarran S. A systematic review of presumed consent systems for deceased organ donation. *Health Technol Assess*. 2009; 13(26): 1-95.
5. Spencer M. The barriers to organ and tissue donation in palliative care. *End of life journal*. 2012; 2(2):1-11.
6. Dare AJ, Bartlett AS, Fraser JF. Critical care of potential organ donor. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2012; 12(4):456-65.
7. Marinho A, Cardoso SS, Almeida VV. Disparidade nas filas para transplantes de órgãos nos estados brasileiros. *Cad saúde pública*. 2010; 26(4):786-796.
8. Marinho A, Cardoso SS, Almeida VV. Efetividade, produtividade e capacidade de realização de transplantes de órgãos nos estados brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(8):1560-68.
9. Marinho A. Um estudo sobre as filas para transplantes de órgãos no Sistema Único de Saúde Brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(10):2229-39.
10. Cicolo EA, Roza BA, Schirmer J. Doação e transplante de órgãos: produção científica da enfermagem brasileira. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(2): 274-8.
11. Lima AAF, Silva MJP, Pereira LL. Percepção do enfermeiro da organização de procura de órgãos (OPO) sobre a humanização do processo de captação de órgãos para transplante. *O Mundo da Saúde*. 2006; 30(3): 409-16.

12. Lima AAF, Silva MJP, Pereira LL. Sufrimiento y cotradicción: el significado de la muerte y Del morir para los enfermeros que trabajan en el proceso de donación para trasplante. *Enfermería Global*. 2009; 15: 1-17.
13. Jacoby L, Crosier V, Pohl h. Providing support to families cosidering the option of organ donation: an innovative training method. *Progress in Transplantation* 2006; 16(3): 247-52.
14. Brasil. Portaria n. 905/GM/MS de 16 de agosto 2000. Estabelece que a obrigatoriedade da existência e efetivo funcionamento da Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes passa a integrar o rol das exigências para cadastramento de Unidades de Tratamento Intensivo do tipo II e III. *Diário Oficial da União, Brasília*, 16 ago. 2000.
15. Brasil. Portaria n. 2.600/GM de 21 de outubro de 2009. Aprova o regulamento técnico do sistema nacional de transplantes. *Diário Oficial da União, Brasília*, 21 out. 2009.
16. Mizraji R, Alvarez I, Palacios RI, Fajardo C, Berrios C, Morales F, et al. Organ donation in Latin América. *Transplant Proc*. 2007; 39(2):333-35.
17. Galvão FHF, Caíres RA, Azevedo-Neto RS, Mory EK, Figueira ERR, Otsuki TS, et al. Conhecimento e opinião de estudantes de medicina sobre doação e transplante de órgãos. *Rev Assoc Med Bras*. 2007; 53(5):401-6.
18. Paez G, Valero R, Manyalich M. Training of health care students and professionals: a pivotal element in the processo f optimal organ donation awareness and professionalization. *Transplant Proc*. 2009; 41(6):2025-9.
19. Siminoff LA, Marshall HM, Dumenci L, Bowen G, Swaminathan A, Gordon A. Communicating effectively about donation: an educational intervention to increase consent to donation. *Progress Transplantation*. 2009; 19(1):35-43.
20. Elizaldi J, Lorente M. Coordinación y donación. *An Sist Sanit Navar*. 2006 29(2): 35-43.
21. Mosácula C, Arevalillo S, Cano T, Candela A. The nurse coordinator role in the spanish model. *Transplant Proc*. 2003; 35:990-91.

22. Santos MJ, Massarollo MCKB. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doador cadáveres. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005; 13(3): 382-7.
23. Cinque VM, Bianchi ERF. La receptividade de la noticia de muerte encefálica en los familiares de donates de órganos y tejidos para trasplante. *Enfermería Global*. 2009; 16: 1-8.
24. Roza BA, Pestana JOM, Barbosa SFF, Schirmer J. Organ donation procedures: an epidemiological study. *Prog Transplant*. 2010; 20(1):88-95.
25. Bousso RS. O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(1): 45-54.
26. Cinque VM, Bianchi ERF. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4): 996-1002.
27. Santos MJ, Massarollo MCKB, Moraes EL. Entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(5):788-94.
28. Abouna GM. Organ shortage crisis: problems and possible Solutions. *Transpl Proc*. 2008; 40:34-38.
29. Jacoby L, Radecki-Breitkopf C, Pease E. A qualitative examination the needs of families faced with the option of organ donation. *Crit Care Nurs*. 2005; 21:183-89.
30. Higuera JCB. La escucha activa em cuidados paliativos. *Rev Est Med Hum* [on-line]. 2012 [acesso 2012 Ago 30]; 11(11). Disponível: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica11/Ars07.html>
31. Araújo MMT, Silva MJP. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(1):121-9.
32. Santos MJ, Moraes EL, Massarollo MCKB. Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. *O Mundo da Saúde*. 2012; 36(1): 34-40.
33. Nicely B, De Lario GT. Virginia Henderson's principles practice of nursing applied to organ donation after brain death. *Progress in Transplantation*. 2011; 21(1): 72-7.

34. Brasil. Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 5 fev. 1997. Seção 1, p. 2191.
35. 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.
36. Lago PM, Piva J, Garcia PC, Troster E, Bousso A, Sarno MO et al. Morte encefálica: condutas médicas adotadas em sete unidades de tratamento intensivo pediátrico brasileiras. J Pediatr. 2007; 83(2):133-9.
37. Joffe AR, Anton N. Brain death: understanding of the conceptual basis by pediatric intensivists in Canadá. Arch Pediatr Adolesc Med. 2006; 160:747-52.
38. Schein AE, Carvalho PRA, Rocha TS, Guedes RR, Moschetti L, La Salvia JC, et al. Avaliação do conhecimento de intensivistas sobre morte encefálica. RBTI. 2008; 20(2):144-8.
39. Moraes EL, Carneiro AR, Araújo MN, Santos FS, Massarollo MCKB. Desconexão do ventilador mecânico de não doadores de órgãos: percepção de médicos intensivistas. Rev Bioethikos. 2011; 5(4):419-426.
40. Rech TH, Filho EMR. Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. RBTI. 2007; 19(2):197-204.
41. Moraes EL, Silva LBB, Moraes TC, Paixão NCS, Izumi NMS, Guarino AJ. The profile of potential organ and tissue donors. Rev Latino-Am Enfermagem. 2009; 17(5):716-20.
42. Westphal GA, Filho MC, Vieira KD, Zaclikevis VR, Bartz MCM, Wanzuita R, et al. Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido. Parte I. Aspectos gerais e suporte hemodinâmico. RBTI. 2011; 23(3):255-68.
43. Shah VR. Aggressive management of multiorgan donor. Transplant Proc. 2008; 40:1087-90.
44. DuBose J, Salim A. Aggressive organ donor management protocol. J Intensive care Med. 2008; 23(6): 367-75.

45. Santos KMAB, Silva MJP. Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(1):61-6.
46. Díaz FG. Comunicando malas noticias en medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med Intensiva* 2006; 30(9): 452-9.
47. Bowlby J. Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego. 1ª Ed. Buenos Aires: Paidós; 2009.
48. Santos MJ, Massarollo MCKB. Fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Act Paul Enferm.* 2011; 24(4): 472-8.
49. Lei n. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. *Diário Oficial da União, Brasília*, 24 mar. 2001. Seção Extra, p. 6.
50. Long T, Sque M, Addington-Hall J. What does a diagnosis of brain death mean to family members approached about organ donation? A review of the literature. *Prog Transplant.* 2008; 18(2):118-25.
51. Moraes EL. A questão familiar no processo de doação de órgãos e tecidos. *Rev Nursing.* 2009;12(135):354-6.
52. Siminoff LA, Mercer MB, Graham G, Burant C. The reasons families donate organs for transplantation: implications for policy and practice. *J Trauma.* 2007; 62(4):969-78.
53. Minayo MCS, Gomes SFD. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
54. Wagner HR, organizador. Sobre fenomenologia e relações sociais. Rio de Janeiro: Vozes; 2012.
55. Merighi MAB. Fenomenologia. In: Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
56. Almeida CAL, Tanaka OU. Perspectiva das mulheres na avaliação do programa de humanização do pré-natal e nascimento. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(1): 98-104.

57. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia; fundamentos e recursos básicos. 5ª ed. São Paulo: Centauro; 2005.
58. Dartigues A. O que é a fenomenologia? 10ª ed. São Paulo: Centauro; 2005.
59. Claudete AC, Merighi MAB, Jesus MCP. Promoção de vínculo afetivo na unidade de terapia intensiva: um desafio para as enfermeiras. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(4) 849-55.
60. Capalbo C. Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schütz. 2ª ed. Londrina: UEL; 1998.
61. Schütz A. El problema de la realidad social: escritos I. 2ª ed. Bueno Aires: Amorrortu; 2008.
62. Schütz A. Luckman T. Las estructuras Del mundo de La vida. 2ª ed. Buenos Aires: Amorrortu; 2009.
63. Schütz A. Etúdios sobre teoria social: escritos II. Bueno Aires: Amorrortu; 2003.
64. Merighi MAB, Oliveira DM, Jesus MCP, Hoga LAK, Pedroso AGO. Experiências e expectativas de mulheres submetidas à histerectomia. Texto Contexto Enferm. 2012; 21(3):608-15.
65. Oltramari LC. Contribuições da fenomenologia de Alfred Schütz para as pesquisas sobre AIDS: considerações epistemológicas e metodológicas. Interthesis. 2005; 2(2):1-14.
66. Capalbo C. A subjetividade em Alfred Schütz. Veritas. 2000; 45(2): 289-98.
67. Merighi MAB, Carvalho GM, Suletroni VP. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. Acta Paul Enferm. 2007; 20(4):434-40.
68. Merighi MAB, Gonçalves R, Rodrigues IG. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. Rev Bras Enferm. 2006; 59(6): 775-9.
69. Cavalheri SC, Merighi MAB, Jesus MCP. A constituição dos modos de perceber a loucura por alunos e egressos do curso de

- graduação em enfermagem: um estudo com o enfoque da fenomenologia social. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(1): 9-14.
70. Carvalho GM, Merighi MAB, Jesus MCP. Recorrência da paternidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. *Texto Contexto Enferm.* 2009; 18(1): 17-24.
71. Campoy MA, Merighi MAB, Stefanelli MC. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: visão do professor e do aluno na perspectiva da fenomenologia social. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2005; 13(2): 165-72.
72. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre normas de pesquisa com seres humanos. Brasília; 1996.
73. Freitas GF, Oguiso T, Merighi MAB. Motivações do agir de enfermeiros nas ocorrências éticas de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2007; 19(1): 76-81.
74. Jesus MCP. A educação sexual na vida cotidiana de pais e adolescentes: uma abordagem compreensiva da ação social [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.
75. Fustione SM. As necessidades de cuidar da parturiente: uma perspectiva compreensiva da ação social [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.
76. Dell Agnolo CM, Freitas RA, Toffolo VJO, Oliveira MLF, Almeida DF, Carvalho MDB. Causes of organ donation failure in Brazil. *Transpl Proc.* 2012; 44: 2280-82.
77. Rodrigues TK, Júnior AA. Estimando o número de possíveis doadores de órgãos no Estado de Sergipe no ano de 2007. *J Bras Transpl.* 2010; 13:1353-59.
78. Bitencourt AGV, Neves FBCS, Durães L, Nascimento DT, Neves NMBC, Torreão LA, Agareno S. Avaliação do conhecimento de estudantes de medicina sobre morte encefálica. *RBTI.* 2007; 19(2):144-150.
79. Lemes MMD, Bastos MAD. Os cuidados de manutenção dos potenciais doadores de órgãos: estudo etnográfico sobre a vivência da equipe de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm.* 2007; 15(5):986-91.

80. Pestana AL, Erdmann AL, Sousa FGM. Emergindo a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica. *Es Anna Nery*. 2012; 16(4):734-40.
81. Fortes PAC, Pereira PCA. Priorização de pacientes em emergências médicas: uma análise ética. *Rev Assoc Med Bras*. 2012; 58(3):335-340.
82. Fortes PAC. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(3):696-701.
83. Moraes EL, Gradella PR, Santos MJ, Silva LBB, Massarollo MCKB. Doadores de órgãos vítimas de trauma. In: Livro resumo do XI Congresso Luso Brasileiro de Transplantação; 2012 out. 4-6; Coimbra, PT. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Transplantação; 2012. P. 66.
84. Sallum AMC, Rossato LM, Silva SF. Morte encefálica em criança: subsídios para a prática clínica. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(3):600-4.
85. Guetti NR, Marques IR. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(1):91-7.
86. D'Império F. Morte encefálica, cuidados ao doador de órgãos e transplante de pulmão. *RBTI*. 2007; 19(1):74-84.
87. Rech TH, Filho EMR. Entrevista familiar e consentimento. *RBTI*. 2007; 19(1):85-9.
88. Teixeira RKC, Gonçalves TB, Silva JAC. A intenção de doar órgãos é influenciada pelo conhecimento populacional sobre morte encefálica? *RBTI*. 2012; 24(3):258-68.
89. Monteiro AMC, Fernandes EC, Araújo EC, Cavalcanti AMTS, Vasconcelos MGL. Doação de órgãos: compreensão na perspectiva de adolescentes. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011; 11(4):389-96.
90. Cinque VM, Bianchi ERF, Costa ALS. O pensamento dos familiares relativos à autorização de doação de órgãos e tecidos para transplante. *J Bras Transpl*. 2008; 11(4):1010-1013.

91. Marques SHB, Soares DC, Azeredo NSG. Resultados da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante (CIHDOOT) do hospital Cristo Redentor de Porto Alegre. *J Bras Transpl.* 2007; 10(2):722-725.
92. Fonseca ATA, Costa VAS, Nogueira EC. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos e tecidos: registro de um hospital de Sergipe. *J Bras Transpl.* 2011; 14:1460-65.
93. Kompanje EJO, Groot YJ, Bakker J, Ijzermans JNM. A national multicenter trial on family presence during brain death determination: the FABRA study. *Neurocrit Care.* 2012; 17:301-8.
94. Doran M. The presence of family during brain stem death testing. *Inten Crit Care Nurs.* 2004; 20:32-37.
95. Moraes EL, Silva DB, Santos MJ, Silva LBB, Massarollo MCKB. Opinião de médicos e enfermeiros frente à presença de familiares de potenciais doadores de órgãos no diagnóstico de morte encefálica. In: Livro resumo do XI Congresso Luso Brasileiro de Transplantação; 2012 out. 4-6; Coimbra, PT. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Transplantação; 2012. P. 50.
96. Brasil. Decreto n. 2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que 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, 01 jul. 1997. Seção 1, p. 13.739.*
97. Knish NS, Roza BA, Schirmer J. Estratégias de cuidados à família no momento da perda, morte encefálica e doação de órgãos, elaboradas a partir de uma revisão de literatura de fatores que levam a família à recusa para a doação. *J Bras Transpl.* 2010; 13(2):1320-23.
98. Inaba LC, Silva MJP, Telles SCR. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2005; 39(4):423-9.
99. Guelber FACP, Magacho EJC, Dias SM, Soares TC. Cuidando da pessoa com morte encefálica: experiência da equipe de enfermagem. *J Bras Transpl.* 2011; 14(1):1501-6.
100. Lima AAF. Doação de órgãos para transplante: conflitos éticos na percepção do profissional. *Mundo da Saúde.* 2012; 36(1):27-33.

101. Boteon YL, Júnior LCS, Marchiani NCP, Azevedo KD, Boin IFSF, Pereira MIW, et al. Principais razões para a doação de órgãos em uma amostra populacional na cidade de Campinas/SP. *J Bras Transpl.* 2010; 13(2):1303-8.
102. López-Montesinos MJ, Saura JTM, Mikla M, Ríos A, López-Navas A, Martínez-Alarcón L. Organ donation and transplantation training for future Professional nurses as a health and social awareness policy. *Transplant Proc.* 2010; 42(1):239-42.
103. Baquero A, Alberu J, Abbud-Filho M. I fórum de bioética em transplante da América Latina e Caribe: o documento de Aguascalientes. *J Bras Transpl.* 2010; 13(2):1336-44.
104. Cebeci F, Sucu G, Karazeybek E. The roles of nurses to augment organ donation: a survey of nursing students. *Transplant Proc.* 2011; 43(2):412-14.
105. Mendes KS, Roza BA, Barbosa SFF, Schirmer J, Galvão CM. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(4):945-53.
106. Souza DRS. Estudo de potenciais doadores notificados e captação de órgãos em hospital estadual no Rio de Janeiro. *J Bras Transpl.* 2011; 14(2):1514-17.
107. Barbosa IA, Silva MJP. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(5):546-51.
108. Melo RCCP, Silva MJP, Parreira PMD, Ferreira MMC. Competências relacionais de ajuda nos enfermeiros: validação de um instrumento de medida. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(6):1387-95.
109. Knish NS, Schirmer J, Roza BA. Adaptación del modelo español de gestión en trasplante para la mejora en la negativa familiar y mantenimiento del donante potencial. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(Esp):59-65.
110. Noronha MGO, Seter GB, Perini LD, Salles FMO, Nogara MAS. Estudo do perfil dos doadores elegíveis de órgãos e tecidos e motivos de não doação no hospital Santa Isabel em Santa Catarina, SC. *Rev AMRIGS.* 2012; 56(3):199-203.

- 111.Morgan SE, Harrison TR, Afifi WA, Long SD, Stephenson MT. In their own words: the reasons why people will (not) sign an organ donor card. *Health Communication*. 2008; 23(1):23-33.
- 112.Roza BA, Garcia VD, Barbosa SFF, Mendes KS, Schirmer J. Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(3):417-22.

ANEXOS

ANEXOS

Anexo I – Parecer do Comitê de Ética do HCFMUSP

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 18/11/2009, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0998/09**, intitulado: "**PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE: SUPERANDO OBSTÁCULOS E OTIMIZANDO A EFETIVAÇÃO DE POTENCIAIS DOADORES NA ÓTICA DE COORDENADORES INTRA-HOSPITALARES DE TRANSPLANTE**" apresentado pelo Departamento de **ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **Edvaldo Leal de Moraes**

CAPPesq, 19 de Novembro de 2009

Prof. Dr. Eduardo Massad
Presidente da Comissão de
Ética para Análise de Projetos
de Pesquisa

Anexo II – Parecer do comitê de ética do Dante Pazzanese

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA
Comitê de Ética em Pesquisa

DATA DA ENTRADA: 25 de agosto 2011.

DATA DA AVALIAÇÃO: 06 de setembro de 2011.

FR: 457421

Nº DO PROTOCOLO NO CEP: 4139

(este nº. deverá citar nas correspondências referentes a este projeto)

Investigador Principal: Edvaldo Leal de Moraes

Orientadora: Profª. Drª. Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo

Nº de Sujeitos no Centro: 10

Nº de Sujeitos no Brasil: 10

Nº de Sujeitos Total: 10

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde – Enfermagem

Área Temática Especial: Não se aplica

Unitermos: Morte Encefálica, Transplante de Órgãos, Obtenção de Tecidos e Órgãos, Enfermeiros

Fase: Não se aplica

Nível: Não informado

Duração do Estudo: 04 meses

Patrocinador: Não se aplica

Grupo: III

Instituição Proponente: HCFMUSP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Instituição Co-Participante: Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia

CEP: Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia

Projeto de Pesquisa Clínica: “Vivência de Enfermeiros de Captação de Órgãos no Processo de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante”.

Considerações/Comentários: O presente estudo evidencia a importância da educação da equipe de saúde referente ao processo de doação de órgãos e tecidos

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA
Comitê de Ética em Pesquisa

para transplantes e, principalmente, dos profissionais que lidam diretamente com essa especialidade, tendo sempre como elementos norteadores os princípios éticos, legais e humanísticos.

Ao se proceder à análise ao projeto em questão, considera-se que:

- a) O projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência Nacional de Vigilância Sanitária e as Boas Práticas de Pesquisa Clínica do ICH-GCP.
- b) O Comitê de Ética em Pesquisa avaliou o Protocolo de Estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- c) O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência Nacional de Vigilância Sanitária e as Boas Práticas de Pesquisa Clínica do ICH-GCP.

Diante do exposto, O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, declara

“Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA
Comitê de Ética em Pesquisa

sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

São Paulo, 06 de setembro de 2011.

Pedro S. Farsky

Pedro Silvio Farsky
Coordenador CEP
CRM 55073

Dr. Pedro Silvio Farsky
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia

Anexo III – Termo de consentimento livre e esclarecido do HCFMUSP

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU
RESPONSÁVEL LEGAL**

1. NOME:.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M () F ()
DATA NASCIMENTO: /..... /.....
ENDEREÇO..... Nº..... APTO:.....
BAIRRO:..... CIDADE..... CEP.....
TELEFONE:DDD (.....).....
2. RESPONSÁVEL LEGAL.....
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.).....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE:..... SEXO: M () F ()
DATA NASCIMENTO: /..... /.....
ENDEREÇO:..... Nº..... APTO:
BAIRRO:..... CIDADE: CEP:.....
TELEFONE:DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA
“VIVÊNCIA DE ENFERMEIROS DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS NO PROCESSO
DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE”
- PESQUISADOR: Edvaldo Leal de Moraes
CARGO/FUNÇÃO: Enfermeiro
INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 69960 (COREN-SP)
UNIDADE DO HCFMUSP: Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos
2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
RISCO MÍNIMO (X) RISCO MÉDIO () RISCO BAIXO () RISCO MAIOR ()
3. DURAÇÃO DA PESQUISA: setembro de 2011 a julho de 2012

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

A presente investigação terá o objetivo apresentado a seguir:

- Compreender o significado da ação de enfermeiros no processo de doação para viabilizar órgãos e tecidos para transplante.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O investigador principal será o enfermeiro Edvaldo Leal de Moraes que poderá ser encontrado no endereço Rua Rego Freitas, Nº 527, Apto 73, bairro República, São Paulo - SP, CEP 01220-010, fones (11) 3214-1512 ou (11) 9316-2139, e-mail edvaldoleal@uol.com.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br.

Fui orientado que, para a elaboração deste estudo, será necessário gravar as entrevistas, isso possibilitará a revisão do que foi dito. Os resultados obtidos serão utilizados para a construção de tese de doutorado e poderão contribuir para a implementação de estratégias que possam otimizar a efetivação de potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplante. Dessa forma, concordo em realizar entrevista gravada, a fim de investigar minha vivência no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.

Declaro que é de livre e espontânea vontade minha colaboração e estou ciente de que posso interromper minha participação a qualquer momento. Estou ciente também de que os resultados serão divulgados em publicações futuras e que os dados obtidos serão utilizados apenas para fins científicos.

Fui informado que serão mantidos meu anonimato e o sigilo das informações garantindo minha privacidade, não sendo veiculados nomes ou dados que possam identificar-me publicamente. Além disso, não haverá compensação financeira e nem terei despesas pessoais em qualquer fase do estudo.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Vivência de enfermeiros de captação de órgãos no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante”.

Eu discuti com o enfermeiro Edvaldo Leal de Moraes sobre a minha decisão em participar do estudo. Ficaram-me claros quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste

estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do colaborador Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha Data ____ / ____ / ____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____ / ____ / ____

Anexo IV – Termo de consentimento livre e esclarecido do Instituto Dante Pazzanese

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO ESTUDO: "VIVÊNCIA DE ENFERMEIROS DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE".

CENTRO: SERVIÇO DE PROCURA DE ÓRGÃOS E TECIDOS DO INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA (SPOT – IDPC)

INVESTIGADOR: EDVALDO LEAL DE MORAES

INICIAIS DO PARTICIPANTE: _____

OBJETIVO DESTE ESTUDO

Você está sendo convidado para participar deste estudo porque, objetivo compreender a vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Caso você queira participar deste estudo será necessário gravar entrevista, isso possibilitará a revisão do que foi dito. Os resultados obtidos serão utilizados para a construção de tese de doutorado. Dessa forma, solicito a sua autorização para gravar a entrevista, a fim de investigar a sua vivência no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.

RISCOS E DESCONFORTOS

Como serão realizadas apenas entrevistas, acredito não haver riscos e nem desconfortos para os participantes.

BENEFÍCIOS POTENCIAIS

Os resultados obtidos poderão contribuir para a implementação de estratégias que possam otimizar a efetivação de potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplante.

ALTERNATIVAS À PARTICIPAÇÃO

Declaro que é de livre e espontânea vontade a minha colaboração e estou ciente de que posso interromper a minha participação a qualquer momento. Estou ciente, também, de que os resultados serão divulgados em publicações futuras e que os dados obtidos serão utilizados apenas para fins científicos.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

CONFIDENCIALIDADE

Fui informado que será mantido o meu anonimato e o sigilo das informações garantindo a minha privacidade, não sendo veiculados nomes ou dados que possam me identificar publicamente. Além disso, não haverá compensação financeira e nem despesas pessoais para mim em qualquer fase do estudo.

NOVOS ACHADOS

Você será informado sobre quaisquer novos achados importantes que se tornarem disponíveis durante o estudo que possam influenciar seu desejo de continuar ou não a participar do estudo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA E CONSENTIMENTO

Sua participação neste estudo é voluntária. Você pode se recusar a participar ou pode desistir, a qualquer momento durante o estudo, sem ter que dar explicações. Isso não resultará em qualquer tipo de penalidade.

Eu discuti com o enfermeiro Edvaldo Leal de Moraes sobre a minha decisão em participar deste estudo. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES ADICIONAIS

O investigador principal, Enfermeiro EDVALDO LEAL DE MORAES, tel 9316-2139 ou 2661-8004, irá responder todas as dúvidas que você possa ter sobre sua participação neste estudo. Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia no tel 5085-6040. Uma cópia deste termo será entregue para você.

Li e compreendi este termo de consentimento e todas as minhas dúvidas foram resolvidas. Recebi explicações sobre o objetivo da pesquisa, os procedimentos de estudo a que serei submetido e os possíveis riscos e desconfortos e os benefícios que posso apresentar. As alternativas à minha participação neste estudo também foram discutidas. Portanto, concordo voluntariamente em fornecer meu consentimento para participar deste estudo.

_____	_____	_____ : _____ h
Assinatura do Participante	Data	Hora
_____	_____	_____ : _____ h
Testemunha (se necessário)	Data	Hora
_____	_____	_____ : _____ h
Assinatura do Investigador	Data	Hora

APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice I – Termo de anuência do hospital do rim e hipertensão da Escola Paulista de Medicina (SPOT – EPM)

HOSPITAL DO RIM E HIPERTENSÃO
Fundação Oswaldo Ramos
Órgão Suplementar da UNIFESP - EPM

Ao Ilm^o. Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Livre-Docente da Disciplina de Nefrologia da Escola Paulista de Medicina da
Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Edvaldo Leal de Moraes aluno de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), solicito autorização para coleta de dados junto aos enfermeiros do Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos da Escola Paulista de Medicina (SPOT - EPM), para a elaboração da Tese de Doutorado intitulada “**Vivência de Enfermeiros de Captação de Órgãos no Processo de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante**”, cujo objetivo é conhecer e compreender o significado atribuído pelos enfermeiros de captação de órgãos às vivências no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.

São Paulo, 12 de agosto de 2011.

Autorizado.

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana

Apêndice II – Roteiro para a entrevista

Roteiro para a entrevista

Nº. _____

Data da entrevista _____

Início da entrevista _____

Fim da entrevista _____

1. Caracterização do sujeito de pesquisa

1.1. Gênero: () Masculino () Feminino

1.2. Idade: _____ anos

1.3. Tempo de formado: _____

1.4. Especialidade: _____

1.5. Tempo de atuação no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante _____

1.6. Cursos realizados em doação de órgãos e tecidos para transplante _____

2. Questões norteadoras:

2.1. Você poderia me contar sua experiência no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante?

2.2. O que você espera com sua atuação nesse processo?

2.3. Como você considera que deve ser esse processo?