**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LÚCIA PIVA CABRAL SENNA

**HUMANIZAÇÃO NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE
ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE NA PERSPECTIVA DE
ENFERMEIROS DE UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA**

SÃO PAULO

2014

LÚCIA PIVA CABRAL SENNA

**HUMANIZAÇÃO NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE
ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE NA PERSPECTIVA DE
ENFERMEIROS DE UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação de Gerenciamento em
Enfermagem da Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo para
obtenção de título de Mestre em Ciências

Área de Concentração:

Fundamentos e Práticas de
Gerenciamento em Enfermagem e Saúde

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Komatsu Braga
Massarollo

São Paulo

2014

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL E 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

Senna, Lúcia Piva Cabral

Humanização no processo de doação de órgãos para transplante
na perspectiva de enfermeiros de unidades de terapia intensiva /
Lúcia Piva Cabral Senna. São Paulo, 2014.

78 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

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

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

1. Enfermagem. 2. Humanização da assistência.
3. Transplante de órgãos. 4. Unidades de terapia intensiva.
I. Título.

Nome: Lúcia Piva Cabral Senna

Título: Humanização do processo de doação de órgãos para transplante na perspectiva de enfermeiros de unidades de terapia intensiva.

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

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A minha mãe, Célia Maria Piva Cabral Senna, que sempre me apoiou e quis meu melhor. Devo a ela todas as minhas conquistas, pois, sozinha, se dedicou de corpo e alma para eu ser a filha e enfermeira que sou hoje.

Ao meu irmão gêmeo, Pedro Américo Piva Cabral Senna, que mesmo distante durante essa nova fase da minha vida, torceu por mim.

A meu pai, Pedro Américo Cabral Senna, que mesmo não presente, ficaria muito emocionado, orgulhoso e feliz com essa conquista.

A minha avó, Eunice Piva, que me ouvia nos momentos de desabafos e dava forças durante todo o processo.

As minhas amigas, que estavam presentes durante toda trajetória: Natália Arantes Machado, Caroline Pereira Guimarães e Maria Clara Campos Mello, incentivando ou ajudando nas horas de estudo e nos momentos de diversão.

A minha orientadora, a Profa. Dra. Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo, que se disponibilizou e me incentivou durante a dissertação, e mostrou, por meio da pesquisa, e de seu caráter e pessoa, a beleza de se estudar e me fez apaixonar cada vez mais pela doação de órgãos.

Enfim, dedico a todos que estiveram direta e indiretamente ligados à minha vida e foram responsáveis por me fazer ser a pessoa que sou hoje.

AGRADECIMENTOS

À orientadora, Profa. Dra. Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo, pela paciência, dedicação e competência durante todo o processo.

À Profa. Dra. Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez e o Prof. Dr. Marcelo José dos Santos, pelas inestimáveis contribuições no Exame de Qualificação.

À minha professora de inglês, Miss Anna Szabo, que me ensinou a utilidade e a beleza do Inglês, pela revisão do resumo desta dissertação e principalmente por sempre torcer pelo meu sucesso.

Aos funcionários do Departamento de Orientação Profissional, da EEUSP pela ajuda constante durante todo o mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela concessão da bolsa de mestrado.

“Ao vencido, ódio ou compaixão; ao vencedor, as batatas.”

(Assis, Joaquim Maria Machado de. Quincas Borba. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1997. p. 648-649).

Senna, LPC. Humanização do processo de doação de órgãos para transplante na perspectiva de enfermeiros de unidades de terapia intensiva [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

RESUMO

Introdução: O processo de doação de órgãos envolve assistência aos potenciais doadores e aos seus familiares. A humanização nesse contexto requer o envolvimento dos profissionais que participam das diversas atividades desenvolvidas e, dentre eles, os enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Objetivo:** Conhecer a percepção de enfermeiros de unidades de terapia intensiva sobre a humanização no processo de doação de órgãos para transplante.

Método: Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa. Para a coleta de dados, após a autorização da instituição e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, foram entrevistados 32 enfermeiros atuantes em Unidades de Terapia Intensiva e que possuíam experiência profissional com potenciais doadores de órgãos. Para a realização das entrevistas foram utilizadas as seguintes questões norteadoras: 1.O que você entende por humanização no processo de doação de órgãos?; 2.Como acontece a humanização no processo de doação de órgãos? e 3.O que você sugere para o aprimoramento da humanização no processo? Os discursos foram analisados segundo a análise de conteúdo proposta por Bardin. **Resultados:** Emergiram cinco categorias: 1) Significado da humanização no processo de doação de órgãos; 2) Percepção do processo de doação de órgãos; 3) Sentimento de não inserção no processo de doação de órgãos; 4) Fatores dificultadores para humanizar o processo de doação de órgãos e 5) Sugestões para aprimorar a humanização no processo de doação de órgãos. Foi evidenciado que os participantes percebem a humanização no processo de doação de órgãos como respeito ao doador e à família, referindo que a assistência deve ser sempre humanizada, independente do paciente estar em morte

encefálica ou não, e de ser um potencial doador de órgãos ou não. Os enfermeiros evidenciam, também, um sentimento de não inserção no processo, referindo uma participação rápida e pontual, o que faz com que atribuam aos profissionais da Organização de Procura de Órgãos a responsabilidade de atuar mais ativamente com as famílias dos potenciais doadores. Relatam, como fatores que dificultam a humanização no processo de doação, a inadequação do espaço físico, a falta de tempo para darem atenção à família, a dinâmica de internação do paciente e a dinâmica da unidade. Apresentam sugestões para aprimorar a humanização no processo, como: informar as pessoas sobre a temática da doação de órgãos para melhorar a compreensão e clareza do conceito de morte encefálica, estimular a discussão sobre o assunto entre as famílias e proporcionar a elas um acompanhamento psicológico. **Conclusões:** A humanização no processo de doação de órgãos é percebida como sendo de muita importância, mas apresenta dificuldades e contradições e requer aprimoramento, tanto no que tange à humanização da assistência ao potencial doador, quanto na inserção do enfermeiro nesse processo.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização da assistência. Transplante de órgãos. Enfermagem. Unidades de terapia intensiva.

Senna LPC. Humanization in the process of organ donating for transplantation from the perspective of nurses in intensive care units [dissertation]. São Paulo (SP), Brazil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

ABSTRACT

Introduction: The process of organ donation involves assisting the potential donors and their families. Humanization in this context requires the involvement of professionals who participate in the various activities that are developed and, among them, the nurses of the Intensive Care Units. **Objective:** To get to know the perception of nurses in intensive care units on the humanization in the donation of organs for a transplantation process. **Method:** This was an exploratory descriptive study of qualitative approach. The data was collected after an authorization of the institution and approved by the Research Ethics Committee. 32 respondents were nurses working in intensive care units and with professional experience with potential organ donors. For the interviews the following guiding questions were used: 1.What do you understand about the humanization of the organ donation process? 2.How does the humanization in the organ donation process happen? 3.What would you suggest to improve the humanization in the process? The reports were analyzed according to content analysis proposed by Bardin. **Results:** Five categories emerged: 1) Meaning of humanization in the organ donation process 2) Perception of the organ donation process 3) Feeling of non-inclusion in the organ donation process 4) Difficulty factors to humanize the process of organ donation and 5) Suggestions to improve the humanization of the organ donation process. It was shown that participants realize the importance of the humanization of organ donation in respect of the donor and family proceedings stating that the assistance must always be humane, to be independent of patient brain death or not, and being or not a potential organ donor. Nurses show a feeling of participation in the process, referring to a quick and timely participation which makes the professionals assign

to the Organization of Organ Procurement the responsibility to act more actively with families of potential donors. Difficulty factors on humanization in the donation process were reported as the inadequacy of physical space, the lack of time to pay attention to the family, the dynamics of patient hospitalization and of the unit. Suggestions were made to improve the humanization of the process such as informing people about the issue of organ donation to improve understanding and clarity of the concept of brain death, stimulating discussion on the subject between families and providing psychological counseling. **Conclusions:** The humanization of the organ donation process is perceived as being of great importance but presents difficulties and contradictions. It requires improvement regarding the humanization of the potential donor as well as the inclusion of nurses in this process.

KEYWORDS: Humanization of assistance. Organ transplantation. Nursing. Intensive care units.

LISTA DE SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIHDOTT	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
CNCDO	Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgão
HC	Hospital das Clínicas
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
ME	Morte Encefálica
OPO	Organização de Procura de Órgãos
PD	Potencial Doador
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SNT	Sistema Nacional de Transplante
SPOT	Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS.....	16
1.2 HUMANIZAÇÃO	18
1.3 HUMANIZAÇÃO E O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS	22
1.4 MOTIVAÇÃO E INQUIETAÇÕES	24
1.5 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	26
2 OBJETIVO.....	29
3 MÉTODO	30
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	30
3.2 LOCAL DO ESTUDO	30
3.4 OBTENÇÃO DAS DESCRIÇÕES.....	31
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	32
4 PREOCUPAÇÕES ÉTICAS	34
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	35
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	35
5.2.1 Significado da humanização no processo de doação de órgãos.....	36
5.2.2 Percepção do processo de doação de órgãos	45
5.2.3 Sentimento de não inserção no processo de doação de órgãos.....	50
5.2.4 Fatores dificultadores para humanizar o processo de doação de órgãos	53
5.2.5 Sugestões para aprimorar a humanização no processo de doação de órgãos	56
6 CONCLUSÃO	64
7 REFERÊNCIAS	65
8 APÊNDICES	72
APÊNDICE A	73
APÊNDICE B	75
9 ANEXO	76
ANEXO A.....	76

1 INTRODUÇÃO

Inicialmente, os transplantes foram feitos em animais de forma experimental. Depois, com o avanço tecnológico, e consequente aprimoramento do procedimento, passou a ser realizado em humanos, gerando inúmeros debates sociais, éticos e legais. Houve mudança no valor do corpo humano, onde de material para estudo anatômico, passou a ter finalidade terapêutica (Siqueira, Zoboli e Kipper, 2008).

Com o aprimoramento da técnica ocorreu crescente aumento de demanda por órgãos para transplante (Fonseca e Carvalho, 2005). O progresso no conhecimento da compatibilidade dos tecidos e o aparecimento de medicamentos contra a rejeição viabilizaram, ainda mais, o transplante de órgãos e tecidos. Assim, o procedimento começou a fazer parte da rotina cirúrgica das sociedades industrializadas contemporâneas (Steiner, 2004).

O primeiro transplante renal humano, no mundo, ocorreu em 1933, enquanto, no Brasil, a atividade de transplante de órgãos e tecidos iniciou no ano de 1964, na cidade do Rio de Janeiro, e, em 1965, na cidade de São Paulo, com a realização dos dois primeiros transplantes renais do país (Sistema Nacional de Transplantes, 2013).

A preocupação com o âmbito ético-legal e com o incentivo para deixar mais claras as etapas do processo de doação de órgãos fez com que o Brasil possuisse um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo. A legislação contribui para a implementação do processo, pois normatiza a atividade, o cadastro e a autorização de serviços e equipes especializadas; estabelece critérios de financiamento; impulsiona a realização dos procedimentos e, ainda, adota uma série de medidas necessárias ao pleno funcionamento do Sistema (Sistema Nacional de Transplantes, 2013).

A lei 5.479 de 1968 foi a primeira legislação sobre transplantes e regulamentava a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáveres para finalidade terapêutica e científica. A partir dessa lei, ao longo do tempo foram promulgadas outras para atender as políticas de saúde vigentes.

Assim, posteriormente, a lei 5.479 de 1968 foi revogada pela Lei nº 8.489 de 18 de novembro de 1992. Atualmente, encontra-se em vigor a lei 9.434 de 04 de fevereiro de 1997 (conhecida como Lei dos Transplantes), *que dispõe sobre remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências*, e a lei 10.211 de 23 de março de 2001, que modificou dispositivos da lei 9.434/97, como a perda da validade de se ter o registro da vontade de doação dos órgãos na Carteira de Identidade Civil e na Carteira Nacional de Habilitação, passando, assim, de doação presumida para doação consentida por familiares.

Na lei 9.434/97, ficou estabelecido que o Conselho Federal de Medicina (CFM) é que deve determinar os critérios de morte encefálica (ME), tendo sido criada, então, a Resolução CFM 1.480 de 08 de agosto de 1997, que define os critérios de morte encefálica. Leva em consideração a definição estabelecida pela comunidade científica mundial, para a qual morte equivale à parada total e irreversível das funções encefálicas.

Pela necessidade de coordenação do processo, através do Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, que regulamenta a Lei 9.434, foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) e, para cada Estado, uma Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), também conhecida como Central Estadual de Transplante, para a coordenação das atividades de transplante em âmbito estadual. Em São Paulo, a identificação e a efetivação de potenciais doadores foram descentralizadas com a criação das Organizações de Procura de Órgãos (OPOs), atualmente denominadas Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos (SPOT).

O SNT tem como objetivos aumentar a captação de órgãos e apoiar as atividades das Centrais Estaduais de Transplante. Nesse sentido, através da Portaria nº 1.752/GM, de 23 de setembro de 2005, ficou determinada a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos.

1.1 PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

O processo de doação de órgãos é composto por várias etapas, como observado na figura abaixo:

Figura 1 – Fluxograma das Etapas do Processo de Doação de Órgãos.

Modificado de Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Resolução SS-151, de 13 de agosto de 2010.

A figura 1 retrata, em etapas gerais e de forma simplificada, como ocorre o processo de doação de órgãos. O ciclo inicia na identificação do potencial doador (PD), que é o paciente com o

primeiro exame clínico compatível com a morte encefálica ou coração parado, de quem poderá ser extraído órgão(s)/tecido(s), para transplante (São Paulo, 2012). Então, se confirma o diagnóstico de ME, tendo sido descartadas contraindicações clínicas. É feita a manutenção dos órgãos e a notificação do PD. Em seguida, faz-se a entrevista com a família, colocando a possibilidade de doação dos órgãos do familiar falecido. A partir dessa etapa, existem duas possibilidades, a doação dos órgãos ou a recusa da doação pelo familiar.

Se o familiar consentir a doação dos órgãos, é continuada a manutenção hemodinâmica do potencial doador, para viabilizar a utilização dos órgãos, e é feita a seleção do receptor em lista de espera, aguardando um órgão para transplante.

A inscrição do paciente no Sistema de Lista Única para determinado órgão, se dá pela CNCDO com atuação na área da residência. A seleção do paciente leva em consideração critérios estabelecidos para cada tipo de órgão (SISTEMA DE LISTA ÚNICA, 2013).

A seguir, acionam-se as equipes de transplante, que aceitam ou rejeitam os órgãos, dependendo de suas condições. Na aceitação, os órgãos são extraídos e, assim, realizado o transplante. (Moraes, 2007).

No caso de recusa da doação dos órgãos pelo familiar, o processo é encerrado, podendo desconectar os aparelhos de manutenção hemodinâmica.

Apesar do amplo sistema de divulgação do processo de doação de órgãos, de campanhas e do esclarecimento pelo acesso à internet, ainda são identificados motivos de recusa de doação, tais como: crença religiosa; não compreensão do diagnóstico de morte encefálica e a crença na reversão do quadro; inadequação da informação; desconfiança na assistência e o medo do comércio de órgãos; inadequação no processo de doação, entre outros.

Em relação à desconfiança na assistência e o medo do comércio de órgãos, há receio de que a morte possa ser antecipada objetivando o órgão. A inadequação no processo de doação refere-se à sensação da família de sentir-se cobrada pela equipe para autorizar a doação dos órgãos, gerando desconfiança e recusa da doação. Outra crença que pode interferir no consentimento familiar para a doação refere-se à necessidade da parada cardiorrespiratória para que a pessoa seja considerada morta, não sendo assimilado que a morte encefálica é morte (Moraes e Massarollo, 2009).

De acordo com Monforte-Royo e Roqué (2012), os enfermeiros devem adotar uma atitude empática e de suporte com o familiar para que facilite a assimilação de morte encefálica como um quadro irreversível. Quando não se percebe e se respeita a importância do tempo familiar para a assimilação da morte do ente querido, há uma influência direta no processo de autorização para doação, o que acaba por contribuir para o quadro de escassez.

Além dos motivos de recusa da doação por familiares, outro fator que interfere no processo é o desconhecimento de profissionais de saúde sobre esse processo, indicando que, além do esclarecimento da população, são necessários programas de educação permanente aos profissionais (Moraes e Massarollo, 2009), lembrando que eles podem ser difusores de ideias e informações (Fonseca e Carvalho, 2005).

Apesar de ser obrigatória a notificação do paciente em morte encefálica, segundo a lei 9.434 de 4 de fevereiro de 1997, diversos hospitais, principalmente os privados, não fazem a notificação aos centros de captação de órgãos e tecidos, tornando-se mais um dos obstáculos para a melhoria na captação de órgãos (Morato, 2009).

1.2 HUMANIZAÇÃO

Segundo Ferreira (1995), humanizar é “tornar-se humano”, “dar condição humana” e “humanar”. Humanizar é um conceito que

se interliga a outros aspectos, como acolhimento, respeito, comunicação, ética, bioética, entre outros.

O estímulo para discussão sobre humanização, talvez seja decorrente da complexidade do conceito, como, também, da preocupação com a qualidade do cuidado/assistência prestada ao paciente. Vive-se um momento industrial, onde ciência e tecnologia significam lucro e negócio, onde a saúde vira, muitas vezes, um bem de consumo. A ciência e a técnica têm uma importância muito grande e, num movimento inverso, tentamos recuperar, principalmente no setor da saúde, um cuidado com valorização da intersubjetividade nas relações (Minayo, 2006).

Humanizar é uma característica que nos tempos modernos parece perder força devido, em parte, aos gastos com produtos, medicações e incentivos em pesquisas (Minayo, 2006). O movimento de desenvolvimento da ciência junto com a tecnologia levou um distanciamento do assistido com aquele que assiste e, conseqüentemente, surgiram discussões e reflexões dentro do contexto hospitalar.

Araújo e Ferreira (2011) evidenciaram forte elo entre ética e humanização no cuidado hospitalar.

Na enfermagem, humanização é algo que advém do olhar para o outro e cuidar desse com respeito, ética, responsabilidade, o que significa atender às necessidades, tanto biológicas quanto emocionais.

Para isso, é necessário que o profissional da saúde reconheça a humanização. É preciso revisão de atitudes e comportamentos dos profissionais envolvidos no cuidado direto ou indireto (Backes, Lunardi e Lunardi Filho, 2006). Por meio da ação-reflexão da realidade concreta é que o profissional pode se tornar sujeito de mudança (Backes, Lunardi Filho e Lunardi, 2005). Segundo Deslandes e Mitre (2009, p. 647), “A humanização do cuidado passa por uma (re) definição da atitude subjacente dos profissionais em relação a eles mesmos e ao seu mundo”.

A transformação da realidade pelo profissional também pode ser desencadeada pelo ato de humanizar, pois humanizar dá a possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde. Abre espaço para uma postura ética, de acolhimento e respeito ao usuário, entendido como um cidadão e não somente como um consumidor de serviços de saúde (Fortes, 2004). Assim, a gestão da instituição também reflete no contexto da humanização, colocando em discussão a questão de como se dá a humanização no contexto hospitalar.

Estudos localizados por Casate e Corrêa (2005) mostram preocupação com o tema humanizar no contexto hospitalar, devido, principalmente, ao avanço tecnológico.

Deve-se indagar se os trabalhadores de saúde têm condições de garantir atendimento humanizado, sendo que são submetidos a trabalhos mecanizados, que os torna menos críticos, sensíveis e fragilizados com a dor, sofrimento e morte (Casate e Corrêa, 2005).

Esse avanço tecnológico contribui para o distanciamento da equipe de enfermagem com o paciente. A desumanização e a despersonalização da assistência, decorrentes do desenvolvimento e da incorporação tecnológica, são preocupações no gerenciamento de enfermagem (Kurcgant e Tronchin, 2010). Porém, apesar da possibilidade de melhorar a assistência hospitalar e sua humanização, os recursos são investidos na estrutura física, na moderna tecnologia e não em mudanças da cultura organizacional, na humanização do trabalho e do cuidado com ética (Backes, Lunardi e Lunardi Filho, 2006).

O cuidado de enfermagem está ligado à tecnologia, e essa expressa e transforma o conhecimento científico da enfermagem, que se baseia em princípios, leis e teorias. As máquinas fazem parte do cuidado de enfermagem, principalmente em ambientes de UTI, e dar atenção a elas não é necessariamente uma ação mecanicista, pois, muitas vezes, é a tecnologia que mantém vivo o paciente. É preciso compreender a relação dos profissionais com as máquinas,

pois são eles que supervisionam e observam seus parâmetros e as controlam (Marques e Souza, 2010).

No cuidado, ainda, existe uma valorização do foco no biológico do indivíduo, isso é, resultados imediatos, devido à existência de manuais técnicos e padronização de procedimentos, o que, muitas vezes, acaba limitando a enfermagem a uma habilidade manual, sendo que cuidar é muito mais que isso (Gomes e Oliveira, 2005).

Nesse cenário, surgiu a Política Nacional de Humanização (PNH) que teve início em 2003, que como política, trouxe princípios e aborda as relações dos profissionais com os usuários, como também entre os profissionais da saúde, em unidades e serviços de saúde do SUS. Considera que humanizar é atender com qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Valoriza o profissional e respeita seus direitos (HumanizaSUS, 2004).

A PNH propõe um trabalho coletivo para que o Sistema Único de Saúde (SUS) seja mais acolhedor, ágil, resolutivo e comprometido com a qualidade da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento. A política trata acolhimento como algo construído pela coletividade onde reconhece a singularidade do outro como sua necessidade de saúde, o que também está ligado à relação entre equipes/serviços e usuários/populações, de confiança, compromisso e vínculo, e compreende a ambiência, como criar espaços confortáveis que respeitem e propiciem mudanças no processo de trabalho (Portal da SAÚDE, 2013).

Considera conceitos como os direitos dos usuários da saúde, e retoma princípios da Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, mostrando uma preocupação da política em se complementar com aquelas existentes, e em se articular com programas e projetos do Ministério da Saúde (Portal da SAÚDE, 2013).

A criação da PNH veio congregar programas e iniciativas já criados e voltados ao aperfeiçoamento da qualidade do atendimento, como o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado em 2001, com objetivo de elaborar planos de ação de humanização, tendo como pano de fundo os valores de cada instituição (Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, 2001).

1.3 HUMANIZAÇÃO E O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

As causas de morte encefálica acabam por ocasionar um estresse maior à família do potencial doador, pois aproximadamente 90% das mortes encefálicas são por traumatismo crânio-encefálico (TCE), acidente vascular cerebral (AVC) e lesão cerebral hipóxico-isquêmica (Morato, 2009).

Os traumatismos crânio-encefálicos e os acidentes vasculares cerebrais são de início súbito, gerando um novo e inesperado cenário para a família, pois o ente querido que, até então, estava saudável, passa para uma internação ou admissão em unidade de terapia intensiva.

Na doação de órgãos, o familiar vive um choque, como também, angústia e estresse. Além do falecimento e luto recente, a família é responsável pelo consentimento da doação dos órgãos. Nesses momentos difíceis, que se exacerbam vulnerabilidades e necessidades emocionais, no ambiente hospitalar cabe à equipe multiprofissional, da qual o enfermeiro faz parte, assistir o que for possível em cada situação.

O enfermeiro, por ser um dos profissionais que compõe a equipe multiprofissional, tem a possibilidade de contato com o familiar do potencial doador e é, portanto, um dos que tem chance de oferecer suporte a esse familiar que vive uma perda e luto, devendo estar preparado para atuar.

Segundo Cinque e Bianchi (2010), a família deve receber assistência antes e depois do diagnóstico de morte encefálica, pois, o processo de doação de órgãos depende dela. Para Pessini e Bertachini (2004), o atendimento humanizado facilita que a pessoa vulnerabilizada enfrente de maneira positiva seus desafios.

A assistência ao potencial doador também pode influenciar na decisão da doação de órgãos pela família (Santos e Massarollo, 2005). Assim, a assistência dada pela equipe de enfermagem interfere no ato da doação de órgãos pelo familiar.

Trabalhar a humanização no contexto hospitalar da doação de órgãos e tecidos é assistir a todos os envolvidos no processo considerando cada situação e contexto. No caso dos familiares que vivenciam o processo de doação de órgãos acaba por ser crucial um cuidado mais sensibilizado, que atenda de fato as necessidades desses familiares, evitando qualquer tipo de trauma.

No estudo de Kesselring, Kainz, Kiss (2007), foi evidenciado que, para os familiares, a vivência da doação de órgãos pode ser traumática ou não traumática, o que depende do tipo de decisão dos familiares (se todos os membros familiares estavam de acordo com a doação ou não) e do comportamento dos profissionais que participaram do processo.

Dessa maneira, é preciso fazer com que o profissional da saúde entenda o assunto para que, assim, compreenda seu papel nele. Sua atuação corresponde agir na relação enfermeiro-familiar; na comunicação, acolhimento do familiar do potencial doador; na manutenção dos órgãos e nos cuidados de enfermagem ao PD.

Lima, Silva e Pereira (2006), em estudo realizado sobre as estratégias utilizadas pelos enfermeiros das Organizações de Procura de Órgãos (OPOs), atualmente denominadas de SPOTs, para humanizar a relação com a família e o potencial doador, evidenciam a assistência integral ao doador e à família, descrevendo as ações a serem desenvolvidas. No caso do doador, são considerados os cuidados de manutenção dos padrões fisiológicos e

de higiene do corpo. Em relação à assistência integral ao familiar, é a liberação das visitas, agilização do processo de doação, manutenção dos familiares informados e esclarecidos sobre o processo, sempre esclarecendo dúvidas e respeitando a vontade da família, mesmo se recusada à doação.

Portanto, os enfermeiros das OPOs reconhecem a possibilidade de humanizar o processo de captação de órgãos dando várias estratégias de como fazer.

Deve-se lembrar que vários profissionais da saúde fazem parte do processo de doação de órgãos, enfermeiros do Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos, médicos neurologistas, médicos intensivistas e enfermeiros de unidade de terapia intensiva. Todos participam e influenciam o processo de doação de órgãos e tecidos, mas qual a percepção dos enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva no processo de doação de órgãos?

1.4 MOTIVAÇÃO E INQUIETAÇÕES

A motivação para iniciar os estudos nessa área de doação e transplante de órgãos – iniciou-se durante a graduação, no estágio da disciplina de Administração em Enfermagem e no estágio curricular. Este estágio foi realizado Unidade de Transplante de Fígado do Hospital das Clínicas (HCFMUSP).

Durante o estágio, houve a oportunidade de participação na campanha de divulgação sobre a doação de órgãos e, também, de reuniões da equipe multiprofissional do transplante, onde discutiam-se questões éticas relacionadas à doação de órgãos. A partir dessas oportunidades de contato com a temática, surgiu o interesse e o desejo da realização de pesquisa para aprofundamento do tema.

Em 2012, em uma palestra no 2º Fórum Internacional de Transplante do Aparelho Digestivo, cujo tema era: O Sistema Nacional de Transplantes (SNT) e o futuro do transplante no Brasil, o palestrante relatou que interesse do SNT tanto no desenvolvimento

de novas propostas para a adesão de novas tecnologias, como na questão da humanização no processo do transplante. Esse fato evidenciou a existência de uma percepção dos profissionais atuantes na área de transplante, da necessidade de humanização do processo de doação de órgãos.

O trabalho de pesquisa foi iniciado com um levantamento inicial da literatura sobre o assunto. Esse processo levou a uma maior compreensão da temática da doação de órgãos e tecidos e fez surgir algumas indagações. Dentre essas, a seguinte:

- **O que significa humanizar o processo da doação de órgãos para os enfermeiros de unidades de terapia intensiva que assistem os potenciais doadores?**

Fonseca e Carvalho (2005) em pesquisa feita com profissionais da área de transplante, familiares e pacientes com vivência em transplante, evidenciaram a necessidade de humanização na assistência a pacientes e familiares.

Os estudos referentes à humanização, em Unidade de Terapia Intensiva, fazem abordagens relativas ao acolhimento e às necessidades de acompanhantes e profissionais de enfermagem, não abordando o processo de doação de forma específica.

Schimith et al. (2011) fizeram uma revisão integrativa sobre a relação entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde, usando descritores como humanização na assistência e acolhimento, dentre outros. Demonstraram que o cenário global da pesquisa é na área hospitalar, sendo boa parte em Unidades de Terapia Intensiva e Unidades Pediátricas.

Percebe-se a existência de poucos estudos sobre a temática que se pretende trabalhar, humanização e doação de órgãos. A reduzida quantidade de referências sobre esse tema também foi percebida pelo levantamento realizado por Mattia et al. (2010), que encontraram três artigos referentes à humanização no processo de

doação de órgãos, são eles de Fonseca e Carvalho (2005), Santos e Massarollo (2005) e Lima, Silva e Pereira (2006).

Estudos trataram do processo de doação, mas não foram identificados trabalhos que abordassem a percepção de enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva sobre humanização no processo de doação de órgãos.

Cicolo, Roza e Schirmer (2010), em levantamento bibliográfico realizado, encontraram publicações onde os autores analisaram o papel do enfermeiro no processo de doação de órgãos.

Segundo Fonseca e Carvalho (2005), o papel dos profissionais, a abordagem da família e os fatores econômicos ligados à doação de órgãos para transplante são temas presentes em trabalhos em várias partes do mundo.

Ainda, é perceptível uma preocupação em avaliar o nível de conhecimento dos enfermeiros de UTIs sobre a doação de órgãos, para melhoria dos programas e protocolos de instituições, como também, aumentar a taxa de doação de órgãos (Flóden, Berg e Forberg, 2011).

De acordo com Meyer, Bjørk e Eide (2012), autoridades da Noruega sugerem que uma medida a ser adotada para diminuir a diferença entre procura e oferta de órgãos é dar educação específica aos profissionais da saúde para melhorar sua competência profissional.

Frente ao exposto observa-se a escassez de trabalhos sobre a humanização no processo de doação de órgãos, não tendo sido localizados trabalhos sobre esse tema com enfermeiros de UTI.

1.5 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O enfermeiro que atua em unidade de terapia intensiva tem um papel fundamental no processo de doação e transplante. A participação desse profissional no cuidado ao doador de órgãos e seus familiares é essencial, no tocante à humanização desse

processo. Por meio do acolhimento e da relação de ajuda oferecida aos familiares do doador falecido, esse profissional pode ser considerado como elemento-chave na disponibilização de órgãos e tecidos para transplante.

Pode-se afirmar também, que a atividade do enfermeiro nesse cenário, referente ao cuidar do doador e seus familiares, compreende dois aspectos indissolúveis na prática, mas que didaticamente podem ser separados: o componente técnico, representado pelos procedimentos práticos fundamentados nas teorias, e os aspectos das relações intersubjetivas, que envolvem a inter-relação entre duas ou mais pessoas, a que cuida e a que recebe o cuidado. Na vivência desse profissional é visível a necessidade de oferecer um acolhimento digno aos familiares do possível doador, melhorar a humanização do processo de doação e participar ativamente do processo de obtenção de órgãos e tecidos para transplante.

Portanto, é preciso investigar como o enfermeiro de UTI trabalha a questão da humanização no contexto da doação de órgãos e tecidos, pois, a compreensão da realidade vivenciada por esse agente envolvido no fenômeno, são pressupostos essenciais para captar sua essência. Dessa forma, este estudo poderá proporcionar aos profissionais de saúde, que atuam nesse processo de cuidar, elementos que possam balizar as práticas assistenciais no processo de humanização direcionado aos familiares de doadores em morte encefálica.

No processo de doação, a família do doador falecido vive a situação de perder um parente, que pode ser de forma repentina, e tem que decidir sobre o destino dos órgãos e tecidos do parente falecido. Nesse momento, o apoio oferecido aos familiares tem como meta humanizar as relações entre enfermeiro e familiares de doadores, e possibilitar a tomada de decisão com autonomia.

Nesse sentido, este estudo justifica-se, uma vez que, à medida que se busca a realidade vivenciada pelo enfermeiro de UTI

que atua no processo de cuidar, objetivando humanizar a assistência prestada aos familiares, pode oferecer subsídios que possam nortear a implementação de estratégias para otimizar o processo de doação e transplante. Sendo assim, a realização deste estudo é importante, pois a experiência desse profissional, possivelmente, oferecerá elementos que possibilitem compreender as múltiplas relações no processo de humanização no cenário hospitalar. Além disso, a experiência vivenciada por esse profissional pode ser compartilhada com outros profissionais de saúde e enfermeiros que atuam nesse processo em diferentes realidades.

2 OBJETIVO

- Conhecer a percepção de enfermeiros de unidades de terapia intensiva sobre a humanização no processo de doação de órgãos para transplante

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa. Optou-se pela abordagem qualitativa pela possibilidade de investigar realidades não mensuráveis como a significância das relações humanas e valores e crenças que permeiam essas relações (Minayo, 2006).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital público de grande porte, de ensino e pesquisa, localizado no Município de São Paulo, que possui diversas Unidades de Terapia Intensiva, com um total de 119 leitos, sendo referência no atendimento de casos de alta complexidade. Nessas UTIs, com frequência, são assistidos pacientes em morte encefálica, possibilitando, dessa forma, a participação dos enfermeiros no processo de doação de órgãos.

A coleta de dados foi realizada em cinco das Unidades de Terapia Intensiva, que foram selecionadas por apresentarem maior ocorrência de diagnóstico de morte encefálica.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes deste estudo foram enfermeiros atuantes nas Unidades de Terapia Intensiva, que possuíam experiência profissional com potenciais doadores de órgãos.

O número de participantes não foi determinado *a priori*, de acordo com o método adotado. O término da coleta dos dados ocorreu quando foi observada a ocorrência de repetição nos

discursos dos participantes. Assim, foram realizadas entrevistas com 32 enfermeiros.

3.4 OBTENÇÃO DAS DESCRIÇÕES

A coleta dos dados foi realizada após autorização da instituição e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Antes do convite aos enfermeiros para a participação, foi feito contato com os Chefes de Enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva, para esclarecimentos sobre o estudo.

Após isso, foi feito contato com os enfermeiros, quando, então, foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo, sobre as dúvidas emanadas e sobre a voluntariedade de participação e garantia do anonimato. Em seguida, foram convidados a participar e, em havendo o aceite, foram feitas as entrevistas, de acordo com a disponibilidade dos participantes, e em local por eles definido. Antes da realização da entrevista foi solicitada ao enfermeiro a assinatura em duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), ficando uma com o participante e a outra com a pesquisadora.

Os dados foram coletados através de entrevista, com a utilização de um instrumento (APÊNDICE B), contendo duas partes: uma de caracterização do participante do estudo, com informações referentes a sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação na área e experiência profissional no processo de doação de órgãos, e outra com as seguintes questões norteadoras:

- 1) O que você entende por humanização no processo de doação de órgãos?**
- 2) Como acontece a humanização no processo de doação de órgãos?**
- 3) O que você sugere para o aprimoramento da humanização no processo?**

As entrevistas foram gravadas com a autorização dos participantes, utilizando um gravador da pesquisadora, e transcritas para que pudesse ser feita a análise de conteúdo.

Foi realizado pré-teste com enfermeiros de unidades de terapia intensiva que não fizeram parte do estudo, mas que também assistiam pacientes em ME, com os objetivos de identificar a necessidade de adequação das perguntas e de aprimorar a condução das entrevistas pela entrevistadora. Salienta-se que as entrevistas feitas no pré-teste não foram usadas no estudo.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

O material coletado foi composto pela transcrição integral das entrevistas realizadas. A análise do material foi feita seguindo as etapas metodológicas da técnica de análise de conteúdo, definidas por Bardin (2007).

A análise de conteúdo compreende as etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, fazendo a inferência e a interpretação desses dados.

Na primeira fase, pré-análise, tem-se a escolha dos documentos que serão submetidos para análise, no caso do estudo, foi a transcrição das entrevistas. Lembrar também que a escolha dos documentos compõe o *corpus* que é um representativo do universo de estudo e deve corresponder ao objetivo estabelecido. Em seguida, faz-se a leitura flutuante dos documentos escolhidos. A leitura flutuante consiste em conhecer os documentos e se deixar invadir pelas impressões dos discursos.

Tem-se a referenciação dos índices e o índice seria identificar o tema explícito de uma mensagem. Baseia-se em encontrar no texto, expressões que mostrem as ideias centrais expressadas nos discursos do sujeito, ou seja, se faz um recorte do texto.

A segunda fase é a exploração do material, que representa a organização das etapas da pré-análise feitas, o que leva à codificação e à categorização dos discursos.

E a terceira e última fase, que corresponde ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação, leva ao resultado obtido ser válido e significativo.

4 PREOCUPAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, conforme Processo n.447.740/2013 (ANEXO A). Após aprovação, foi encaminhado para a Instituição local do estudo e, conforme processo interno, primeiro teve a manifestação de concordância da Divisão de Enfermagem, e, em seguida, foi encaminhado ao respectivo Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovado conforme Processo n. 504.820/2014. Cabe esclarecer que a cópia da manifestação de concordância e da aprovação do CEP da instituição não foram anexadas para a não identificação da instituição participante do estudo, mas encontra-se sob a guarda da pesquisadora.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Foram entrevistados 32 enfermeiros. O período de coleta foi o mês de fevereiro de 2014.

Dos 32 entrevistados, 28 eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino. As idades dos enfermeiros variaram de 24 a 58 anos.

O tempo de formação variou de cinco meses a 30 anos. No quesito tempo de atuação na área, a variação foi de três meses a 30 anos.

5.2 CATEGORIAS

Após análise criteriosa do conteúdo das entrevistas, foram localizadas as unidades de registro que possuíam significado congruente com o objetivo do estudo, emergindo cinco categorias:

- 1) Significado da humanização no processo de doação de órgãos**
- 2) Percepção do processo de doação de órgãos**
- 3) Sentimento de não inserção no processo de doação de órgãos**
- 4) Fatores dificultadores para humanizar o processo de doação de órgãos**
- 5) Sugestões para aprimorar a humanização no processo de doação de órgãos**

Para ilustrar os achados serão usados trechos dos discursos, que serão identificados pela letra E, de enfermeiro, e por um número, que corresponde à ordem de realização da entrevista, visando preservar o anonimato dos profissionais.

5.2.1 Significado da humanização no processo de doação de órgãos

Nesta categoria, os participantes referem, com muita ênfase, o respeito ao doador e à família. Cabe esclarecer que os profissionais quando referem se ao potencial doador, referem-no como “paciente”. Dessa forma, consideram que, além do respeito, os pacientes e os familiares devem ser tratados com carinho. Explicitam, ainda, a necessidade de diálogo com os familiares, atentando para a forma de abordagem e para os esclarecimentos relativos aos procedimentos que serão realizados.

Ressaltam a importância de entender a reação da família frente à situação que estão vivenciando e de respeitar a sua decisão, mesmo quando for negativa para a doação. Assim, a decisão da família, de doar ou não os órgãos, não deve interferir na humanização da assistência prestada ao paciente em morte encefálica.

Consideram, também, que a assistência deve ser humanizada sempre e que não deve existir diferença entre o tratamento dispensado ao paciente internado, que não está em morte encefálica, e o tratamento dispensado ao potencial doador ou ao paciente que morreu e que não será um potencial doador, conforme ilustram os depoimentos a seguir:

É uma maneira de tratar não só o corpo do doador, como com a família (...). Do tratamento, de como abordar, como vai ser a reação e respeitar se a pessoa não quiser doar (E 1).

(...) o respeito com o paciente (...), que está ali no leito e com a família também, que acho que é essencial (E 3).

Todo paciente deve ser tratado da mesma forma, indiferente se ele vai doar ou não. Acho que tem que ser tratado com respeito, com carisma, com carinho (E 5).

Tem que manter o respeito (...), a humanização de um modo geral, não só (...) pela doação, (...) trata igual, como um óbito normal (E 10).

A humanização acho que é como um todo, não só como doação de órgãos, como cuidado do paciente geral (E 12).

A humanização tem que acontecer todo dia no âmbito hospitalar, desde a conversa com a família, de abordar, devem ser explicados os procedimentos (...) que você realiza (E 14).

Na unidade de terapia intensiva são internados pacientes críticos que requerem cuidados intensivos e, às vezes, ocorre que, quando o paciente tem o diagnóstico de morte encefálica, é considerado como não necessitando de cuidados e, dessa forma, ele não precisa ser assistido como os pacientes que não estão em morte encefálica, correndo o risco, inclusive, de receber um tratamento 'frio', com o foco apenas na doação. Não deve ser esquecido que, nos casos de potenciais doadores, além deles, existe uma família vivendo aquela 'história' e que, por isso, a assistência deve ser humanizada.

Têm pessoas que, a partir do momento que vai doar, já não querem mais tratar como pessoa normal [referente ao doador] (...) (E 5).

Manter o máximo de respeito possível com a família, com o paciente, para (...) não (...) ficar uma coisa muito fria, (...) lembrando que existe um ser humano por trás daquilo e uma família (...) por trás daquela história (...) (E 19).

Os profissionais descrevem que humanizar é respeitar a família e o corpo do potencial doador que, mesmo morto, merece respeito. É percebido que deve receber um tratamento diferenciado, melhor, pelo fato de ser um potencial doador de órgãos e, com isso, poder beneficiar outras pessoas, sendo considerado, inclusive, como dando vida a outras pessoas que estão precisando. É considerada, ainda, a importância do reconhecimento pelos familiares, não só do

benefício à outra pessoa que está necessitando do órgão, mas, também, da continuidade da vida do seu familiar em outra pessoa.

(...) quem vai doar deve ser tratado melhor ainda, porque ele vai dar vida para várias outras pessoas que estão precisando (E 5).

Tem que tratar com respeito o corpo, que está fazendo uma coisa para o outro (...) tem que ter (...) humanização com o corpo e com a família (E 7).

Humanização (...) eu acredito que seja você dar cuidado a todo paciente, sabendo que ele vai participar dessa questão de doação de órgãos e, por isso, tem que ser um cuidado até melhorado, já que o paciente vai doar seus órgãos para outras pessoas (...) (E 26).

(...) respeito com o paciente em si, (...) e o mesmo respeito com a família, (...) ele doando está colaborando com outra pessoa, que pretende dar continuidade a pessoa amada dele (E 10).

No contexto da UTI são necessárias atitudes para humanizar o cuidado e, dentre elas, os entrevistados citam a empatia, que é a tentativa de compreender a outra pessoa, de se colocar no lugar do outro. Assim, a empatia é vista como necessária para a humanização, não só no âmbito da doação de órgãos. Consideram que sentir o outro sensibiliza o profissional a humanizar o processo de doação de órgãos e que, além disso, aproxima o enfermeiro desse processo, pois ele percebe que pode vivenciar, como familiar, a situação de diagnóstico de morte encefálica de um ente querido. Entretanto, ao mesmo tempo em que é referida a tentativa de compreender o outro para tratá-lo como ele gostaria de ser tratado, os enfermeiros referem, também, a importância de tratar o outro como eles enfermeiros gostariam de ser abordados e tratados, caso estivessem em situação semelhante, como ilustrado pelos depoimentos abaixo:

(...) esse processo tem que ser bastante humanizado, você tem que se colocar no lugar, ter uma empatia (...) (E3).

Na realidade a humanização não inicia você sabendo que o paciente vai doar, (...) A partir do momento que você se sentiu que é o outro, você vai tratar de uma forma melhor (E 5).

(...) a forma de você abordar também, não é de qualquer jeito que você pode falar, tem que pensar que poderia ser você ali com familiar em processo de doação (E 9).

(...) A humanização (...) você fica no lugar da outra pessoa, como se fosse com você aquele problema (...) (E 12).

Eu entendo [a humanização] como se colocar na posição do outro (...) como eu gostaria de ser abordada, e como eu gostaria que o cuidado fosse feito (...) (E 25).

É (...) ver a pessoa como você gostaria que te tratasse, tratar a pessoa como se fosse você (E 27).

Os enfermeiros reiteram a importância da família no processo de doação, complementando que se não houver o cuidado com a família e a preocupação com a forma de abordagem, há o risco de não ser concluído o processo de doação, uma vez que é a família que tem o poder de decisão em relação à doação dos órgãos. Dessa forma, a notícia da ME e a explicação da possibilidade dos órgãos serem doados não devem ser realizadas de maneira descuidada e o luto dos familiares deve ser respeitado, assim como a decisão relativa à doação dos órgãos. Para eles, a melhor maneira de humanizar é fazer o que a família deseja que seja feito, tentar amenizar seu sofrimento e acolhê-la durante o momento de despedida do seu ente querido.

Constata-se uma contradição, quando ao mesmo tempo em que é referida a importância de dar conforto ao paciente em morte encefálica, com a justificativa de que mesmo morto é preciso conforto, é referido, também, que o paciente não tem mais essa necessidade.

Frente à complexidade da situação e à importância da abordagem adequada dos familiares, é referida a necessidade de capacitação dos profissionais para atuação nessas situações.

Acho que é o cuidado com a família ao extremo. Mesmo porque se a gente não cuidar da família também, além do paciente, a gente não consegue terminar o processo de doação (...) (E 3).

Fazer tudo de acordo com o que a família deseja (...) porque você vai ajudar outra vida (...) que está dependendo desse órgão para sobreviver (E 4).

Eu vejo mais pelo lado da família, (...) porque o paciente mesmo não está precisando daquilo (...). (E 8).

Ter uma boa forma de se aproximar dos familiares é (...) muito delicado, (...) passar para eles que é um quadro irreversível, então eu acho que precisa de um preparo dos profissionais envolvidos (E 20).

É acolher a família, orientar os familiares, cuidar do paciente nesse momento (...) para gente ele está morto, mas ele precisa de conforto. (E 24).

Os participantes do estudo compreendem a humanização no processo de doação de órgãos como fundamental para passar credibilidade e confiança ao familiar, que deve perceber que, antes da confirmação do diagnóstico de morte encefálica, todas as atitudes e intervenções cabíveis ao tratamento foram tomadas.

[referente à humanização no processo de doação de órgãos] (...) acaba criando um vínculo maior, (...) passa uma confiança, que o tratamento é seguro que foi feito tudo o que era necessário mesmo, como a credibilidade nesse instante da doação (E 11).

Entretanto, consideram que a humanização, se existente, não é o suficiente como deveria ser, sendo atribuída tal situação à falta de preparo da família ao vivenciar o processo de doação de órgãos e, ao fato de o objetivo principal ser a doação dos órgãos. Culpabilizam que a sobrecarga de trabalho não permite dar atenção,

apoio e os esclarecimentos necessários aos familiares, nesse momento de sofrimento.

[referente à humanização no processo de doação de órgãos] De uma forma bem fria aqui, muito rápida (...) para família não tem nenhum preparo (E 2).

Acho que nem tem como ter humanização (...) por mais que você tenha, não chega a ter o tanto que você precisaria (E 9).

(...) o objetivo maior deles é o órgão em si, (...) eu não vejo muita humanização não. (...) A nossa vida é tão agitada e corrida (...) nem tem tempo para ficar prestando muita atenção, (...), muitas vezes a gente vê o sofrimento da família, a gente até queria dar mais apoio, (...) tentar até a empatia de se colocar no lugar, mas acaba até sendo frio (E 10).

Às vezes da gente está sobrecarregado e não (...) dispõe de mais tempo para explicar o que o paciente está fazendo (E 11).

Para a humanização no processo de doação, os enfermeiros reiteram o respeito ao familiar e ao corpo que está sendo mantido para a viabilização dos órgãos para transplante. É ressaltado que deve ser dada atenção à família, de forma que ela perceba que o único interesse não são os órgãos; que deve ser respeitada a privacidade do paciente, independente de ser doador de órgãos ou não; que não devem ser feitos comentários sobre o potencial doador perto dos familiares; e que devem minimizar as barreiras para a família, no que concerne às visitas, tornando os horários mais flexíveis e não limitando o número de visitantes para o potencial doador.

A gente aqui tenta liberar mais visitas (...). A gente é muito acolhedor na parte de doação, (...) quando a família está, evita falar do paciente, (...) A gente não faz barreira nenhuma com a família (E 3).

(...) Com um paciente que é doador e você vai fazer algum procedimento, você tem que colocar, proteger, (...) a visão dos outros pacientes, de familiar (...) (E 5).

(...) liberar quantidade de pessoas, que é limitada, dois por leitos (...), mas dependendo do horário (...) nós sempre abrimos uma exceção (...) (E 8).

(...) a gente mantém algumas atividades para poder fazer a retirada dos órgãos e, nesse respeito, com esse corpo (...) que apesar de não estar vivo é um corpo, e com a família (...) explicar de uma forma não mecânica, não parecendo que está se querendo os órgãos (E 19).

A equipe acolhe bem os familiares, cuida bem do paciente, (...), e a família, eles respeitam bastante, no momento que a família chega, as visitas extras que a gente deixa entrar... (...) E 24).

A humanização em doação de órgãos (...), a gente acaba direcionando uma atenção maior ao familiar, (...) acaba liberando mais visitas, deixando que eles entrem em tempo maior, o que diferencia do horário de visita normal (...) (E 28).

Sabendo que a doação de órgãos envolve o ambiente da UTI, onde encontram-se pacientes que requerem cuidados imediatos, como também, o uso de tecnologia para assistir o potencial doador, torna-se mais complicado desenvolver o lado mais humano do profissional. Assim, os enfermeiros da UTI, deste estudo, reconhecem que a humanização na doação de órgãos pode levar a uma reflexão sobre a atuação profissional do enfermeiro o que contribui para se alterar as rotinas da unidade, e consequentemente a assistência prestada.

O despreparo profissional, mais a dificuldade das organizações de saúde em incorporar tecnologias, trouxeram consequências à humanização, onde o desenvolvimento tecnológico, o trabalho e as formas de organização tornaram as relações humanas, frias, objetivas e individualistas (Arone e Cunha, 2007). De acordo com Martins, Nascimento, Geremias, Schneider, Schweitzer e Mattioli Neto, (2008), no cotidiano da UTI, a equipe de saúde desenvolve mais suas habilidades técnicas do que as relações, o acolhimento com o paciente, e, menos ainda, com o familiar.

Na visão do enfermeiro o cuidado com o paciente em ME é permeado pelas dimensões técnico-científica e humana. A dimensão técnico-científica é constituída por habilidades, protocolos e tecnologias empregadas no cuidado, visando manter a estabilidade hemodinâmica. No caso da dimensão humana, busca cuidar com dignidade e respeito, valorizando, acolhendo e apoiando a família do ser em ME. Com o aprimoramento tecnológico na área de transplantes de órgãos, o paciente em ME começou a ser mais bem cuidado devido à possibilidade que a doação de órgãos e tecidos permite para que outras pessoas recomecem suas vidas. No entanto, na maioria das vezes, o cuidado ainda está vinculado ao modelo biomédico, que vê um ser morto, sem perspectiva de vida, que consequentemente não necessita de cuidados específicos e intensivos (Pestana, Erdman e Sousa, 2012). A citação acima reforça a visão que o enfermeiro de UTI deste estudo tem sobre o PD, quando considera que o PD não necessita dos mesmos cuidados que necessitariam outros pacientes de UTI.

O processo de doação de órgãos envolve cenários diferentes, sendo cada situação singular, porém existe a concordância que a humanização deve ser a mesma para todos os envolvidos, tendo respeito, acolhimento e empatia. Em estudo de Guido, Linch, Andolhe, Conegatto e Tonini (2009), com enfermeiros de UTI de hospital universitário no Sul do país, evidenciou que não existe distinção entre a assistência prestada ao potencial doador em relação a outros pacientes.

Os profissionais da equipe de enfermagem relacionam a humanização em saúde a uma política que promove o resgate de características humanas durante o ato de cuidar, como a empatia (Costa, Figueiredo e Schaurich, 2009). O mesmo resultado aparece neste estudo, quando os enfermeiros foram questionados sobre a humanização no processo de doação de órgãos e mencionaram a empatia como integrante da humanização. Destacam Frizon, Nascimento, Bertoncetto e Martins (2011) que, para acudir o familiar

como pessoa, juntamente com o sofrimento que vivência, os profissionais de enfermagem precisam ter empatia pelo outro, colocar-se no lugar deles. Afirmam Maruiti e Galdeano (2007), que o enfermeiro deve estar pronto para ter um relacionamento de empatia e confiança com a família, o que diminui angústia e o sofrimento de todos os envolvidos, pois incentiva e motiva o familiar a tirar suas dúvidas e satisfazer a necessidade de informação.

Para os entrevistados, é por meio da empatia, acolhimento e respeito com o potencial doador que se cria um vínculo com o familiar. Esse vínculo é muito importante para trazer conforto, assim como, para que a família ateste a veracidade do diagnóstico de morte encefálica e reconheça que a assistência prestada foi a melhor possível. No estudo de Santos e Massarollo (2005), o familiar do doador cadáver se sente mais confortado e menos angustiado se observar que todos os recursos materiais e humanos foram usados para tentar a recuperação do ente querido.

No estudo de Calegari (2012) com enfermeiros e médicos de um hospital geral privado, os enfermeiros atribuíram à sobrecarga de trabalho como componente que mais dificulta a humanização, por não permitir dar a atenção, o apoio e o esclarecimento necessários aos familiares. De acordo com Calegari (2012), para ter uma assistência humanizada é preciso dedicação para se atender as necessidades do paciente e isso requer tempo e pessoal.

Este estudo, assim como o de Calegari (2012), mostrou a sobrecarga de trabalho relacionada a questão de políticas internas de recursos humanos, como um fator dificultador da humanização da assistência.

Para Maruiti e Galdeano (2007), a sensibilização do enfermeiro com as necessidades do familiar pode resultar na implementação de novas políticas, como horário de visitas flexíveis. Salientam que a humanização do cuidado na UTI transpõe permitir ou não a visita do familiar, é também compor uma relação de confiança e amparo, para identificar realmente suas necessidades.

Assim, o enfermeiro para humanizar flexibiliza o horário de visita de acordo com a necessidade do familiar, e o mesmo acontece na doação de órgãos. Isso mostra que, muitas vezes, é mais fácil o profissional agir no âmbito que tem poder, o que também é mais rápido e traz resultado imediato. Partindo desse ponto, a instituição onde o profissional presta assistência deveria ter a preocupação em aumentar a discussão sobre humanização hospitalar, como, também, incorporá-la em sua gestão.

É difícil falar em sensibilizar o enfermeiro, sendo que muitas vezes o profissional da saúde trabalha em locais e condições desumanas. Para concretizar a humanização nas UTIs deve-se cuidar da equipe e procurar potencializar suas ações, respeitando a individualidade de cada trabalhador (Martins, Nascimento, Geremias, Schneider, Schweitzer e Mattioli, 2008).

É necessário entender que a humanização no cenário hospitalar precisa estar voltada não só ao paciente internado e seus familiares, mas também à própria equipe de saúde, uma vez que é através deles que o cuidado pode se estabelecer de maneira mais humana, ética e solidária (Costa, Figueiredo e Schaurich, 2009). Portanto, é, também, importante ter políticas de incentivo à humanização focada na valorização e reconhecimento do profissional dentro da instituição.

5.2.2 Percepção do processo de doação de órgãos

Os participantes do estudo mencionam que há a possibilidade de serem encontrados casos de pacientes em morte encefálica no ambiente das UTIs devido o tipo de gravidade dos pacientes internados e da quantidade elevada de leitos nessas unidades.

(...) Por aqui ser uma UTI muito grande, com muitos leitos, sempre tem casos de morte encefálica (...) (E 18).

Em relação ao processo de doação de órgãos, os enfermeiros manifestam entusiasmo em acompanhar os testes para diagnóstico da morte encefálica; incômodo com a possível falta de sensibilidade que acontece no processo quando é diagnosticada a morte encefálica e comunicada aos familiares e, em seguida, colocada a possibilidade de doação dos órgãos; e dificuldade, dos familiares, para o entendimento da ambiguidade existente no processo, pois de um lado existe o sofrimento pela perda do familiar, de outro, existe a possibilidade de proporcionar qualidade de vida para outras pessoas, uma compensação pelo bem que o órgão doado proporciona.

Os entrevistados demonstram sentimento de frustração quando não acontece efetivamente a doação dos órgãos. Sentem que todo empenho para que acontecesse a doação foi perdido. Tal complexidade de sentimentos é exemplificada pelos discursos abaixo:

(...) teve todo o processo de conscientizar a família, (...) e de chegar na hora H e não acontecer. Você sente como um trabalho perdido (...) (E 1).

Eu acho que é um momento muito chato, você ir lá e pedir alguma coisa para o outro (...) você falar para o outro, o paciente morreu, mas você pode doar os órgãos dele (...) (E 6).

(...) é muito legal você acompanhar os testes, o que é feito (...) (E 18).

(...) conseguir fazer com que o familiar entenda que (...) está perdendo alguém, mas em compensação (...) está ganhando em qualidade para outras pessoas, (...) (E 30).

Os enfermeiros reconhecem que as famílias se sentem atordoadas e despreparadas quando vivenciam a doação de órgãos e que esse é um momento muito complicado e difícil, o que dificulta a assimilação das informações dadas. A dificuldade aumenta

quando o contexto da doação de órgãos envolve o óbito de um paciente jovem.

*(...) óbitos de pacientes jovens são muito mais complexos
(...) porque os pais têm aquela consciência de que o ciclo normal da vida é os filhos enterrarem os pais e não os pais enterrarem os filhos (...) (E 22).*

Os enfermeiros referem que o processo de doação é constituído de várias etapas, com a realização de procedimentos e a participação de diversos profissionais. É revelado que possuem dúvidas em relação à constatação da morte encefálica, fazendo com que ocorra a dificuldade de aceitação do diagnóstico e a manifestação de não doação dos órgãos caso tivessem que tomar essa decisão. Explicitam que para as pessoas leigas no assunto também ocorre a dificuldade em compreender e aceitar a morte encefálica e que um dos motivos é o fato do coração continuar batendo. Acrescentam que, para muitos, existe a crença da reversão da ME, havendo a necessidade de esclarecimentos.

(...) muitos leigos no assunto, acham que a pessoa vai voltar a viver, (...) tem que tentar convencer, explicar, morte encefálica não volta mais (...) (E 12)

Eu sou contra doação de órgãos, (...) têm muitas histórias que a pessoa morreu, depois foi abrir o túmulo e a pessoa estava virada, no meu caso não vai doar, porque eu não sei se a pessoa morreu. (...) (E 13).

Porque o pessoal não explica, as pessoas pensam assim, “ai não, eu colocar que sou doadora e ai nem terminei de morrer e eles vão tirar meu órgão” (...) (E 18).

(...)você olha para um monitor e está tudo certo, eu olho para o monitor do lado do paciente que está vivo e está igual também, (...) (E 21).

(...) a ideia que as pessoas têm, (...) é que se o coração está batendo porque eu vou doar um órgão, então dá para esperar, vai que o cérebro volta, então explicar como funciona, (...) (E 32).

Após a comprovação do diagnóstico de ME, é feita a abordagem familiar para dar os esclarecimentos necessários e colocar a possibilidade de doação dos órgãos, entretanto, na visão dos participantes, os profissionais responsáveis por essa abordagem devem estar preparados para 'convencer' a família a doar os órgãos, principalmente por que podem salvar outras vidas.

A equipe (...) envolvida para (...) falar com o familiar e, quem sabe, tentar convencer, para ela poder ajudar mais vidas (E 14).

(...) Na verdade não é nem a gente que conversa, é o pessoal da assistência social que vem, conversa com a família, e também tem o pessoal próprio, da doação de órgãos que vai lá e conversa com eles, e acaba convencendo eles de fazer a doação (E 18).

Os enfermeiros da unidade de terapia intensiva veem que a gravidade do paciente internado e a quantidade elevada de leitos na UTI proporciona o contato da equipe com casos de morte encefálica. A enfermagem está cada vez mais em contato com o processo de doação de órgãos e, nas unidades de terapia intensiva e emergência, devido à imprevisibilidade na internação do paciente em morte encefálica (Lemes e Bastos, 2007). Esse contato do enfermeiro com o paciente em ME deve ser considerado, pois mostra a necessidade de se preparar e atualizar o enfermeiro da UTI sobre a doação de órgãos.

A frustração advinda de se conscientizar o familiar e não ocorrer a doação identificada neste estudo, corrobora como o estudo de Pestana, Erdman e Sousa (2012), que revelou que enfermeiros de UTI sentiram decepção e frustração, quando interrompido o processo de doação por parada cardiorrespiratória do potencial doador.

Em estudo realizado por Santos e Massarollo (2005), com familiares de doadores falecidos, foi evidenciado que a não autorização da doação dos órgãos é um ato egoísta e de ignorância. Os familiares reconhecem que a doação simboliza uma recompensa

e consolo, mesmo que exista a dor da perda). O mesmo simbolismo ocorreu para alguns enfermeiros de UTI, que veem as famílias que não querem doar, e conseqüentemente, ajudar outras pessoas, como 'egoístas'.

No presente estudo, os enfermeiros de UTI citaram que as famílias sentiram se atordoadas e despreparadas quando vivenciam a doação de órgãos, reconhecendo ser um momento muito complicado e difícil, o que não as deixa assimilar as informações passadas. De acordo com Santos e Massarollo (2005), é preciso de tempo para que o familiar elabore a realidade da morte encefálica, o que muitas vezes não é possível, pois a solicitação da doação dos órgãos é feita logo após a informação da morte.

A relação de cuidado entre profissional e o paciente em morte encefálica é complexa, pois reuni vida e morte (Pestana, Erdman e Sousa, 2012). Essa complexidade no cuidado contribui na dúvida da veracidade da morte do potencial doador.

Em estudo de Araújo (2012), foi identificada a dificuldade dos profissionais em aceitarem a morte encefálica, devido à manutenção do paciente morto no respirador, o que gera a sensação de existir vida. Apesar do conceito de morte não ser apenas ao da parada cardiorrespiratória, ainda existe incerteza entre profissionais de saúde em relação a ME, pois é muito presente na nossa sociedade a crença de que há vida enquanto o coração bate. Para Kim, Elliott e Hyde (2004), se o profissional não acredita na ME ele não teria como abordar a família do potencial doador, se a pessoa não vê credibilidade no processo, não dá para esperar que ela tenha domínio do mesmo.

Em relação à afirmação de que a família deve ser convencida a doar os órgãos, como aparece nos discursos dos participantes do estudo, deve se lembrar que a função do profissional não é convencer a família, muito menos impor sua opinião, ou julgar como absurda a não doação, mas, sim, esclarecer e apoiar a decisão tomada por ela (Santos, Massarollo e Moraes, 2012).

5.2.3 Sentimento de não inserção no processo de doação de órgãos

Nesta categoria os entrevistados explicitam o não envolvimento com o processo de doação de órgãos. Referem que não acompanham o processo, que a participação deles ocorre de forma mais direcionada à manutenção do potencial doador e que, em relação aos familiares, a abordagem é feita pelos profissionais da Organização de Procura de Órgãos (OPO).

Dessa forma, como essa abordagem geralmente é feita em local reservado, eles desconhecem como é feita e o que é dito, supondo que deva ser algo relativo à importância dos órgãos para o benefício de outras pessoas. Acrescentam que, apesar do desconhecimento, eles não possuem treinamento e que falta uma interação maior com os profissionais da OPO para entendimento do processo.

Entretanto, é considerado, também, que os enfermeiros da UTI não devem participar da abordagem familiar e que a atividade deve ser desenvolvida por aqueles que a desenvolvem diariamente e não por quem não a tem como atividade rotineira. Assim, afirmam que essa é uma responsabilidade dos profissionais da OPO, por estarem capacitados para abordar e acolher o familiar, e, por isso, são eles que devem atuar mais ativamente com a família, como ilustrado pelos depoimentos abaixo:

Eu não costumo acompanhar esse processo, a gente vê mais com o paciente, com o doador, com a família e tratamento é muito difícil a gente acompanhar por que eles vão para uma sala reservada, para conversar a respeito disso (...) (E 1).

Eu não entendo quase nada, assim, eu nunca acompanhei como que é uma abordagem, sei muito pouco da humanização (...) a equipe aqui não tem nenhum treinamento. (E 17).

Eu não acompanho muito a OPO, como que eles fazem, as visitas, é tudo reservado (E 23).

(...) Quem acolhe mais é o pessoal da OPO mesmo. (...) A gente já teve o primeiro contato, mas às vezes, é a OPO que conversa, que fala tudo, então talvez falte assim, um pouco à equipe interagir mais com o pessoal da OPO (E 24).

(...) na verdade, eu não vejo a gente muito inserido nisso, (...) porque aqui dentro da unidade a gente não tem contato com a família no momento (...) tem a equipe da OPO que fica mais frente de tudo isso, nós aqui mais na manutenção beira leito (E 25).

(...) então vamos dar medicação própria para aqueles órgãos que vão ser doados, (...) eu acho que se direciona mais aos órgãos do que para o paciente (...) (E 26).

No processo de doação de órgãos não tenho nem ideia do que eles entrevistam, do que eles falam para família, acredito que eles tentem colocar para família a importância dos órgãos para outras pessoas, que para o paciente acabou, (...) (E 31).

Eu acho que a humanização é zero, não tem preparo da família, uma psicóloga para acompanhar, eu pelo menos nunca vi isso (...) (E 2).

Na verdade a gente não sabe muito na prática, porque assim o que a gente vê, é os enfermeiros vindo, na verdade, eles nem conversam perto da gente, aí a gente não tem muito esse contato nesse processo em si mesmo (E 9).

Eu não vi a participação do psicólogo, eu não consegui visualizar isso, não sei em que momento ele entra, (...) provavelmente ele deve entrar na abordagem (...) vi a assistente social mais ativa (E 25).

Aqui a gente não vê muito a abordagem da família, (...) eles vão marcar uma entrevista com a família, só que eles não conversam aqui, é separado (...) só depois que eles vêm e falam para gente se a família aceitou ou não, então a gente não participa (E 31).

O pouco que eu vi, a gente nunca participa da tal conversa entre médico, família e o pessoal da OPO, a enfermagem nunca há de se meter (...) (E 2).

É como se a OPO não fizesse parte do resto, como se fosse um departamento a parte do resto do hospital, ela simplesmente vem aqui cata o órgão e vai embora, eu vejo ela como isso, eu acho que deveria participar mais (E 2).

(...) agora são eles [referente à OPO] que resolvem, é bem melhor assim (E 6).

(...) porque eu vou ficar me metendo onde não sou chamada, (...). Acho que nada melhor para conversar com as pessoas que o trabalho é o seu dia-a-dia, não é o meu (E 6).

(...) conversar com a família, eu não tenho subsídio aqui, poderia ter alguma coisa paralela, mas não, às vezes a gente não sabe até que ponto a família sabe (E 7).

Eu acredito que os enfermeiros que trabalham com essa doação têm essa capacitação, jeito de falar, (...) como abordar, mas acho que para mim, não gostaria de participar (E 9).

Esse processo quando existe aqui eles não fazem aqui, a gente fica sabendo pelos enfermeiros que fazem parte da captação de órgão (...) (E 20).

Esse distanciamento do enfermeiro da UTI com o processo de doação talvez possa ser explicado pela falta de treinamento e preparo do profissional em lidar com aqueles envolvidos no processo. Para Frizon, Nascimento, Bertoncello e Martins (2011), a falta de preparo da enfermagem em lidar com a necessidade da família e a organização do trabalho, induz à dificuldade de relacionamento entre enfermagem e a família, o que leva a um distanciamento entre ambos. Para Guido, Linch, Andolhe, Conegatto e Tonini (2009), os enfermeiros percebem como fatores estressantes a interação e a orientação da família, como também, lidar com a reação dessa frente à morte encefálica. Esses fatores podem o afastamento do profissional em relação a família.

O convívio com a morte não é fácil, por isso, talvez, tenha sido atribuída ao enfermeiro da OPO a responsabilidade de conversar com os familiares, por considera-lo como sendo o mais capaz para tal função.

5.2.4 Fatores dificultadores para humanizar o processo de doação de órgãos

Para a viabilização dos órgãos para transplante, é feita a manutenção do potencial doador em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que é uma das fases do processo de doação de órgãos. Os enfermeiros participantes do estudo, que atuam em UTI onde os potenciais doadores são assistidos, referiram fatores que dificultam a humanização desse processo. Apesar do processo de doação ser constituído de diversas fases, foram relatados fatores relacionados à área de atuação dos enfermeiros, a UTI. Dentre esses fatores, foi citada a inadequação do espaço físico.

Como não existe um espaço específico para a manutenção do potencial doador (PD), ele é assistido nas unidades de terapia intensiva, junto com outros pacientes. Nessas unidades, os leitos ficam próximos, dificultando a atuação da equipe. Além disso, muitos dos pacientes internados necessitam de isolamento, o que dificulta a liberação para os familiares permanecerem junto ao PD. Acresce a esse contexto a falta de biombo, que impossibilita manter a privacidade por não ter um espaço reservado para os familiares do PD. Foi referido, ainda, que, anteriormente, havia um quarto específico para a assistência ao PD e isso facilitava a liberação da entrada dos familiares.

Além da falta de local apropriado, outro fator relatado foi a falta de tempo para o profissional dar atenção à família, interferindo, também, na humanização dessa fase do processo de doação, como ilustram os depoimentos:

O que dificulta aqui é questão de área física mesmo, porque é um leito do lado do outro, (...) é muito isolamento, então, não tem como a gente liberar tanto a família (E 3).

[referente a fatores dificultadores] Espaço físico, o tempo, eu não tenho biombo (...) não tem como eu ficar ali dando

atenção, eu não tenho como limitar o espaço (...) não tem privacidade (E 8).

Outro fator dificultador refere-se à dinâmica da internação do paciente. Quando ocorre do paciente chegar ao hospital e não ter a possibilidade de ser internado em uma UTI, quando ele necessita, chega a permanecer vários dias no Pronto Socorro (PS). Essa dificuldade de internação na UTI, acrescida da permanência do paciente no PS, além de não oferecer uma condição adequada de internação, interfere na decisão dos familiares relativa à doação dos órgãos, pois essa situação pode ser entendida como negligência na assistência.

Outra situação, ainda, que causa dificuldade no processo de doação de órgãos, é quando o paciente chega ao hospital via PS e, no próprio PS, pela condição do paciente, já é diagnosticada a morte encefálica. Essa situação, muitas vezes, causa grande impacto nos familiares, por não terem tido o tempo de preparo necessário para assimilar a situação e receber a má notícia, o que pode interferir, também, na decisão de doação os órgãos.

Além disso, na UTI existem muitos profissionais atuando, um grande fluxo de pessoas, movimento de entrada e saída de equipamentos e muitas solicitações, tornando, assim, a dinâmica da unidade como um fator dificultador na humanização do processo de doação de órgãos, conforme depoimentos abaixo:

Eu tenho muitos residentes, então é assim, entra e sai, é pedindo as coisas (...) é máquina passando, máquina saindo, (...) isso também acaba atrapalhando (E 8).

Dificuldade do paciente de entrar rapidamente na UTI, ele fica vários dias em pronto socorro e corredor, o que potencializa virar um doador e prejudica a família de aceitar ou não a doação, acho que eles acabam achando que é negligenciado (E 11).

Dificulta (...) quando é (...) via PS. Entrou, (...) e já se detecta a morte cerebral no local, (...) é muito mais chocante para família (...) (E 19).

Ressalta-se que a internação do paciente na UTI é referida pelos enfermeiros como um fator facilitador do processo de doação, pois a família pode acompanhar a assistência prestada e estar ciente da possibilidade do familiar que sofreu o trauma evoluir para morte encefálica.

A UTI facilita muito, porque geralmente o paciente já está vindo de um processo que está sendo humanizado, a família está acompanhando, (...) já está ciente que vai evoluir para isso e quando evolui, isso é um facilitador (E 19).

A importância que os enfermeiros dão a um lugar adequado para melhor acolher o familiar e assistir o paciente em ME, corrobora com achado no estudo de Maruiti e Galdeano (2007), que identificou a importância que os familiares de paciente internados em unidade de terapia intensiva dão ao espaço físico de uma UTI.

Observa-se como o ambiente físico influencia o atendimento ao familiar sendo destacado tanto pelo familiar, como também, pelo enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva.

De acordo com Guido, Linch, Andolhe, Conegatto e Tonini (2009), um dos principais estressores no ambiente de trabalho da UTI é a circulação da equipe de saúde que é comum em UTI de hospital escola, por promover o barulho e tumulto, devido à circulação de acadêmicos, de professores e de profissionais da área da saúde que dão assistência aos pacientes. O contexto descrito reforça, como encontrado no presente estudo, que a dinâmica da UTI interfere na assistência e, possivelmente, na sua qualidade.

O enfermeiro da UTI vivencia fatores estressantes característicos da complexidade da unidade. Adicionado a esse contexto, existe a doação de órgãos que envolve, também, outros aspectos estressantes para quem assiste o paciente em morte encefálica. Identificar os aspectos estressores no trabalho e tentar minimizar os seus efeitos, pode tornar o enfermeiro mais produtivo e

valorizado profissionalmente (Guido, Linch, Andolhe, Conegatto e Tonini, 2009).

Neste estudo, os enfermeiros explicitaram que o recurso físico, o fluxo da unidade e o fluxo interno institucional podem facilitar ou dificultar a vivência do processo de doação de órgãos.

Humanizar incorpora tanto o profissional quanto o paciente e sua família, mas também, é importante que esse profissional se sinta humanizado para que estabeleça uma relação de respeito, acolhimento com o familiar. Portanto, entender as dificuldades que os enfermeiros vivem no ambiente de trabalho facilita que se atue para minimizar seus efeitos estressantes, o que tornaria o profissional mais produtivo e valorizado.

5.2.5 Sugestões para aprimorar a humanização no processo de doação de órgãos

Foram dadas diversas sugestões para o aprimoramento do processo de doação. Uma delas refere-se ao local utilizado para a abordagem familiar. Para os participantes deste estudo, a conversa com a família sobre o diagnóstico de morte encefálica e sobre a possibilidade de doação dos órgãos é feita em sala de espera, corredor ou, mesmo, no ambiente da UTI. Nesse sentido, os profissionais sugerem um local específico para a permanência da família com o doador, pois esse lugar seria mais aconchegante e proporcionaria a possibilidade de orientação e esclarecimentos em local adequado e acolhimento do familiar.

(...) eles não têm um lugar muito específico para abordar a família (...) se eles tivessem um lugar mais específico seria melhor (...), para os profissionais que trabalham aqui, (...) OPO daqui. (...) Porque às vezes eles conversam na sala de espera. Às vezes, para família, o lugar mais aconchegante, fica melhor (E 15).

Eu acho que (...) uma ala que a gente pudesse encaminhar a família (...), dos possíveis doadores, (...) para que houvesse um acolhimento, (...), com uma equipe

de psicologia. Eu acho que uma melhoria maravilhosa era ter uma ala para isso, não ser usada a UTI e o corredor (...) (E 19).

Os entrevistados expressam curiosidade e interesse em saber mais sobre o processo de doação de órgãos. Mencionam que, se toda a equipe tivesse preparo e entendesse como funciona o processo de doação de órgãos, saberia o motivo de algumas rotinas estabelecidas, como aquecer e monitorizar o potencial doador.

Afirmam que a compreensão, clareza e discussão do processo como um todo, ajudaria a equipe de enfermagem a desempenhar melhor sua função e de forma mais humana. Nesse sentido sugerem treinamento sobre a temática doação de órgãos, conforme depoimentos:

(...) Eu gostaria de saber como a equipe que tem mais contato (...) aborda a família, aí você fica mais próximo (...) e você pode mudar um pouquinho o jeito que você vê a situação, (...) poderia ser mais discutido (E 7).

Acho que mais treinamento da equipe, mais clareza (E 23).

Acho que ia ser legal, treinamento (...) o pessoal sabe o que é, mas não sabe por que tem que aquecer o paciente, porque que tem que monitorizar (E 24).

(...) se toda a equipe já tivesse preparo para entender (...) como funciona o processo, porque quando você entende o processo você consegue desempenhar melhor aquilo que você é orientada, (...) técnicos e auxiliares, se eles não entendem o processo que o paciente vai passar, fazem aquela coisa mecânica, então falta um cuidado mais atencioso (E 26).

Os enfermeiros da UTI estão em contato direto com o potencial doador e com o familiar e por esse motivo, acreditam que facilita um diálogo com o familiar, para esclarecer dúvidas e inseguranças em relação ao processo de doação de órgãos. Sugerem, portanto, participar mais da abordagem com a família, porque talvez isso leve a melhores resultados.

Relatam que se todos os profissionais envolvidos no processo de doação de órgãos utilizarem a mesma linguagem, uniformidade da informação e o mesmo objetivo, agilizaria o processo, conseguiriam até melhorar a humanização com o doador e a família. É preciso maior interação da equipe multidisciplinar, com enfoque na relação interprofissional do enfermeiro da UTI com o enfermeiro da OPO, exemplificado pelos seguintes discursos:

(...) a enfermagem deveria (...), participar no sentido de entender o que vai ser feito no paciente, em quanto tempo deve ser feito (...) a gente deveria ficar mais a par disso, a gente é muito isenta disso (E 2).

(...) a interação com a equipe médica e multiprofissional, se todos falarem a mesma linguagem, trabalharem na mesma necessidade do doente, (...) a gente consegue resultados melhores (...) (E 11).

Se essa reunião fosse com o enfermeiro que esteve o tempo todo dando assistência, se tivesse presente também para ter uma participação, acho que seria importante, (...) e não sabemos de que forma a família reagiu naquele momento de autorizar, eu acho que devia o enfermeiro que cuidou, poder participar dessa reunião (E 20).

(...) se a gente tivesse uma interação maior com eles [profissionais da OPO], aí a humanização seria até melhor (E 28).

Tem família que dependendo do paciente fica muito tempo aqui na UTI, a gente acaba se envolvendo com a família, (...), então (...) poderíamos ser mais envolvidos com a equipe daqui [profissionais da OPO] (E 31).

Os enfermeiros referem que há falta de compreensão e aceitação do conceito de morte encefálica (ME) pelo familiar, como também, a falta de informação sobre os testes que constata a ME. Nesse contexto, é preciso que aconteça muito rápido a doação dos órgãos, pois a viabilidade deles é curta e a rapidez no processo da doação não permite que a família tenha tempo para assimilar a morte do ente querido e, muito menos, entender as informações que

são passadas. Dessa maneira, os profissionais reiteram a importância da conscientização das pessoas e da importância de serem informadas sobre a temática doação de órgãos. A conscientização deveria começar na educação básica, mas não só do assunto doação de órgãos, como também do tema morte, de forma mais geral. Aconselham informar a população em um momento anterior a qualquer vivência de doação de órgãos, pois a família está mais acessível nesse momento.

Conscientizar usando televisão e revistas, ou seja, a mídia como meio de informação. O objetivo dessa iniciativa levaria ao diálogo entre as famílias sobre o assunto e, conseqüentemente, a mais doações e mais vidas salvas. Muitas pessoas vão viver essa situação no futuro, e ter noção mínima do assunto pode facilitar a doação, pois, com melhor instrução, sentiriam-se mais acolhidos, o que faz diferença.

Por fim, os enfermeiros falam de trazer a informação sobre doação de órgãos para dentro do hospital, por meio de panfletos. O público alvo seriam pessoas que circulam nos ambulatorios, e principalmente, no pronto socorro que são ambientes mais propícios à ocorrência de ME.

(...)a família receber a notícia muito em cima e ter que decidir tudo muito em cima, eu acho complicado (E 17).

Eu acho que a minha visão é bem maior, ela não seria mais tanto na área hospitalar (...) ter mais informações na questão (...) de veículos de informação mesmo: revista, televisão. (...) isso era uma coisa que deveria ser mais falado no dia a dia das pessoas, (...) (E 18).

É muito difícil as pessoas entenderem morte, (...), se você já tivesse uma abordagem lá atrás, (...) a pessoa chegaria aqui com outro jeito, chegaria já mais ciente, e quando você trata com uma pessoa que já tem um grau melhor de instrução, é diferente (...) (E21).

(...) Eu acho que o processo inicial, (...) acontece alguma falha (...), porque quando é dada a notícia do óbito, a família já não tem mais tanta estrutura para entender o

que é. (...) tinha que ter uma conscientização para todos que estão num hospital, principalmente num pronto socorro, algum tipo de informação, panfletos (E 22).

(...) o familiar é sempre quem vai decidir, (...) isso depende muito de como a pessoa é informada sobre isso, (...) se ela já conhece, se ela tem alguma experiência, se ela já vivenciou, mesmo que não por ela mesma, por outra pessoa que ela conheça se torna mais fácil, ou pelo familiar expressar a vontade (...), isso torna o processo mais tranquilo (E 30).

A família tem dificuldade em assimilar a morte do ente querido e, acreditar na veracidade do diagnóstico de morte encefálica, porque, ao olhar o monitor de sinais vitais, os parâmetros são os mesmos dos pacientes internados na UTI. Os enfermeiros de UTI cientes dessa situação propõem que a família acompanhe os testes que confirmam a morte encefálica. O objetivo é melhorar a compreensão e clareza do conceito para o familiar e tentar transformar o que é falado, em algo mais palpável e visível, e dessa forma, trazer algum benefício e maior conforto àqueles que vivenciam o processo de doação de órgãos.

(...) acompanhar o exame (...) seria um benefício (...) para pessoa ver realmente, porque é muito difícil. Eles entram, veem o coração batendo, está quentinho, não sabem como é que está morto. Eles não conseguem entender isso. (...) isso até (...) daria mais conforto para família (E 3).

(...) a gente sabe que quando os médicos ou alguma coisa não fica tão claro, a gente acaba perdendo o paciente. Acho que falta mais clareza e esclarecimento desse assunto no geral. (...) se você esclarecesse, explicasse todo o procedimento, para que é, para que serve, eu acho que é isso que vai equivaler à humanização do processo como um todo (E 23).

Outra sugestão, de aprimorar a humanização no processo de doação de órgãos é ter um acompanhamento psicológico para a família.

Eu acho que as famílias deveriam (...) ter acompanhamento do psicólogo (E 2).

Para facilitar, se tiver uma equipe de psicólogos que vai conversar com a família, que vai preparar a família, eu acho que ajudaria bastante (E 29).

Em estudo de Araújo (2012), os profissionais de saúde viram que a dificuldade de relacionamento interpessoal interfere no processo de doação de órgãos, acarretando descaso e falha na assistência.

A comunicação multiprofissional deveria ser fator primordial durante o processo de doação, pois é através da troca de informação e experiências que o profissional se sente mais participante e sana suas dúvidas. Para Pestana, Erdman e Sousa (2012), o cuidado ao paciente em ME exige um trabalho em equipe, ou seja, integração da equipe multiprofissional, que compõe a equipe da UTI e a do serviço de captação de órgãos. Relatam que a atuação de ambas deve ser complementar, com interdependência profissional, cooperação e boa comunicação.

Na sociedade existe uma conspiração do silêncio com relação à morte, onde não se fala sobre, contraditoriamente, a população é diariamente bombardeada pela mídia, com cenas de morte e violência. Como a morte é um tema interditado e há poucos locais para sua discussão, é importante ter cursos ou vivências ao público leigo, escolas e profissionais da saúde (Costa, 2005). O processo de doação de órgãos está ligado à morte do paciente, porém fala-se de morte encefálica – um conceito ainda não muito bem compreendido por muitas pessoas e também pouco aceito. O paciente apresentar batimentos cardíacos, movimentos respiratórios e temperatura corpórea dificulta a compreensão e/ou aceitação do diagnóstico de morte encefálica pela família, pois mesmo com a informação da morte, mantém a esperança de vida e reversibilidade do quadro do paciente. Por esse motivo, fica evidente que primeiro deve se esclarecer a população sobre o conceito de morte

encefálica e sua irreversibilidade, para depois realizar campanhas publicitárias em favor da doação de órgãos (Santos e Massarollo, 2005).

Os profissionais que disseram não querer participar do processo de doação de órgãos e que atribuem essa função aos enfermeiros da OPO mostram o que Pestana, Erdman e Sousa (2012) concluíram em seu estudo, que há a necessidade de revisão no currículo da graduação em Enfermagem para ampliar o conhecimento sobre o conceito e o protocolo diagnóstico de ME. Essa revisão do currículo tem como objetivo minimizar sentimentos de incertezas e dúvidas do profissional da saúde ao cuidar do paciente em morte encefálica, e prepará-lo para uma atuação mais eficaz no campo da doação de órgãos e tecidos. Além disso, é importante lembrar que a ação educativa do enfermeiro pode diminuir desconforto e ansiedade do familiar (Maruiti e Galdeano, 2007).

Em estudo de López-Montesinos et al. (2010) avaliaram conhecimentos, habilidades, atitudes e comportamento de estudantes de enfermagem de uma universidade espanhola. A avaliação ocorreu antes e depois da aplicação de curso sobre doação de órgãos. Perceberam que esse treinamento possibilitou uma discussão do assunto entre as famílias, ou seja, o curso levou os estudantes saberem qual a opinião de seus familiares sobre o tema, como também, aumentaram o conhecimento teórico. O treinamento de alunos de enfermagem é fator que deve ser levado em consideração, pois os alunos serão futuros profissionais e têm a responsabilidade de propagar esclarecimentos à população leiga.

Além disso, deve haver educação continuada do profissional e da população sobre a temática doação de órgãos.

A educação, com a participação dos profissionais de saúde e da sociedade, é um dos fatores determinantes para o sucesso ou fracasso dos programas de transplantes (Lemes e Bastos, 2007).

Neste estudo, a educação, é vista pelos enfermeiros como elemento crucial para melhorar a humanização.

6 CONCLUSÃO

A humanização no processo de doação de órgãos é percebida pelo enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva como sendo de muita importância. Contudo, existem fatores dificultadores e muitas contradições na compreensão do processo de doação e na assistência ao PD.

Este processo de doação de órgãos requer aprimoramento, tanto no que tange à humanização da assistência com a família quanto com o potencial doador.

A falta de conhecimento e treinamento sobre a temática, evidenciou a necessidade de capacitar e envolver mais o enfermeiro da UTI ao processo de doação de órgãos, para que este se sinta mais seguro profissionalmente de forma a possibilitar maior humanização do processo.

É sugerido também conscientizar a população que circula no ambiente hospitalar, para que o contato prévio leve a discussão sobre a doação de órgãos entre as famílias, como também, que amenize o sofrimento das mesmas frente à morte encefálica de um ente querido e contribua para um maior sucesso do programa de transplante.

Este estudo da perspectiva dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva para a humanização do processo de doação de órgãos mostrou que, para uma maior eficiência do processo como um todo, seria necessária: melhor formação do profissional tanto em conhecimentos técnicos quanto práticos e maior inserção no processo. Juntos estes fatores certamente levariam a uma atuação profissional mais humanizada.

7 REFERÊNCIAS

Siqueira JE, Zoboli ELPC, Kipper DJ. Bioética clínica. In: Oliveira RA, organizador. Questões éticas do final da vida. São Paulo: Gaia; 2008. p.245-256.

Fonseca MAA, Carvalho AM. Fragmentos de vida: representações sociais de doação de órgãos para transplante. Inter Estud Pesq Psicol. 2005;10(20):85-108.

Steiner P. A doação de órgãos a lei, o mercado e as famílias. Tempo Social, revista de sociologia da USP. 2004;16(2):101-128.

Sistema Nacional de Transplantes [Internet]. Brasília. [citado 2013 jan. 7]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/integram.htm>

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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm

Brasil. Lei n. 10.211, de 13 de março de 2001. Altera dispositivos da 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, 24mar. 2001.

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. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm

Brasil. Decreto n.2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamento a Lei 9.434, de 4 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 providencias. Diário Oficial da União, Brasília, 1 jul. 1997. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Decreto_226_8_de_30_06_1997.pdf

SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES [Internet]. Brasília. [citado 2013 mar 26]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/integram.htm>

Brasil. Portaria n. 1752, de 23 de setembro de 2005. Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. [Internet]. Brasília. [citado 2013 jun 22]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1752.htm>

São Paulo (Estado). Resolução SS - 151, de 13 de agosto de 2010. Dispõe sobre a estrutura organizacional e operacional do Sistema Estadual de Transplantes de São Paulo. In: Central de Transplantes; 2012. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br>

SISTEMA DE LISTA ÚNICA. [Internet]. Brasília. [citado 2013 mai 24]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/lista.htm>

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.

Monforte-Royo C, Roqué MV. The organ donation process: a humanist perspective based on the experience of nursing care. *Nursing Philosophy.* 2012;13(4):295–301.

Morato EG. Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização. *Rev Med Minas Gerais.* 2009;19(3):227-236.

Ferreira ABH. *Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa.* Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1995.

Minayo MCS. Sobre o Humanismo e a Humanização. In Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p23-30.

Araújo FP, Ferreira MA. Representações sociais sobre humanização do cuidado: implicações éticas e morais. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(2):287-93.

Backes DS, Lunardi VL, Lunardi WDFilho. A humanização hospitalar como expressão da ética. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2006;14(1):132-5.

Backes DS, Lunardi Filho WD, Lunardi VL. Construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. *Texto Contexto Enferm.* 2005;14(3):427-34.

Deslandes, SF, Mitre RMA. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface comunicação saúde educação.* 2009;13(1):641-649.

Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004;13(3):30-35.

Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005;13(1):105-11.

Kurcgant P, Tronchin DMR. *Gerenciamento em Enfermagem*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Marques IR, Souza AR. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(1):141-4.

Gomes AMT, Oliveira, DC. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(2):145-53.

HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf

Portal da SAÚDE [Internet]. Brasília; Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342

Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde, Secretaria de Assistência

à Saúde – Ministério da Saúde [Internet]. Brasília; 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>

Cinque VMC, Bianchi ERF. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. Rev Esc Enferm USP. 2010;40(4):996-1002.

Pessini L, Bertachini L. Humanização e Cuidados Paliativos. 2. ed São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2004.

Santos MJ, Massarollo MCKB. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. Rev Latino-am Enfermagem. 2005;13(3):382-7.

Kesselring A, Kainz M, Kiss A. Traumatic Memories of Relatives Regarding Brain Death. American Journal of Transplantation. 2007;7: 211–217.

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):409-416.

Schimith MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. Trab. Educ. Saúde. 2011;9(3):479-503.

Mattia AL, Rocha AM, Filho JPAF, Barbosa MH, Rodrigues MB, Oliveira MG. Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa da literatura. Revista Bioethikos - Centro Universitário São Camilo. 2010;4(1):66-74.

Cicolo EA, Roza BA, Schirmer J. Doação e transplante de órgãos: produção científica da enfermagem brasileira. Rev Bras Enferm. 2010;63(2):274-8.

Flóden A, Berg M, Forberg A. ICU nurses' perceptions of responsibility and organization in relation to organ donation – A phenomenographic study. Intensive and Critical Care Nursing. 2011;27:305-316.

Meyer K, Bjørk IT, Eide H. Intensive care nurses' perceptions of their professional competence in the organ donor process: a national survey. Journal of Advanced Nursing. 2012;68(1):104-15.

Minayo, MCS. O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.

Arone EM, Cunha ICKO. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. Rev Bras Enferm. 2007; 60(6):721-3.

Martins JJ, Nascimento ERP, Geremias CK, Schneider DG, Schweitzer G, Mattioli Neto H. O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. Rev. Eletr. Enf. 2008;10(4):1091-101.

Pestana AL, Erdman AL, Sousa FGM. Emergindo a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica. Esc Anna Nery. 2012;16(4):734-740.

Guido LA, Linch GFC, Andolhe R, Conegatto CC, Tonini CC. Estressores na assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009;(17)6.

Costa SC, Figueiredo MRB, Schaurich D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. *Interface - Comunicação Saúde Educação*. 2009;13(1):571-80.

Frizon G, Nascimento ERP, Bertoncetto KCG, Martins JJ. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(1):72-8.

Maruiti MR, Galdeano LE. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(1):37-43.

Calegari RC. Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

Lemes MMDD, Bastos MAR. Os cuidados de manutenção dos potenciais doadores de órgãos: estudo: etnográfico sobre a vivência da equipe de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(5).

Araújo MN. Conflitos éticos de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

Kim JR, Elliott D, Hyde C. Korean health professionals' attitudes and knowledge toward organ donation and transplantation. *Int J Nurs Stud*. 2004; 41(3):299-307.

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.

Kovács MJ. Educação para a Morte. *Psicologia ciência e profissão.* 2005; 25(3):484-497.

López-Montesinos MJ, Manzanera Saura JT, Mikla M, Ríos A, López-Navas A, Martínez-Alarcón L, Rodríguez, Ramírez P. Organ donation and transplantation training for future professional nurses as a health and social awareness policy. *Transplant Proc.* 2010; 42(1):239-42.

8 APÊNDICES

APÊNDICE A

MODELO SOLICITADO PELA INSTITUIÇÃO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISATÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: HUMANIZAÇÃO NO PROCESSO DE DOAÇÃO
DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS DE UNIDADES
DE TERAPIA INTENSIVA

PESQUISADOR: EDVALDO LEAL DE MORAES

CARGO/FUNÇÃO: ENFERMEIRO VICE-COORDENADOR DO SERVIÇO DE PROCURA DE
ÓRGÃOS E TECIDOS – SPOT

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 69960

UNIDADE DO HCFMUSP: INSTITUTO CENTRAL

AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☒RISCO MÉDIO ☐RISCO BAIXO ☐RISCO MAIOR ☐

DURAÇÃO DA PESQUISA : 2 anos

Quero convidá-lo para participar deste estudo com enfermeiros que
atuam em unidade de terapia e que tenham tido experiência com

potenciais doadores de órgãos. O objetivo do estudo é conhecer a percepção de enfermeiros de unidades de terapia intensiva sobre a humanização no processo de doação de órgãos para transplante. A coleta de dados será realizada através de entrevista, que será gravada e transcrita para fidedignidade das informações.

A pesquisa envolve riscos psicológicos mínimos. Não há benefício direto para o participante. Somente no final do estudo poderemos ter subsídios para o aprimoramento da humanização no processo de doação de órgãos.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr Edvaldo Leal de Moraes que pode ser encontrado no endereço AV. DR. ENEAS DE CARVALHO AGUIAR, 255 - 5º ANDAR - SALA 5017-A CERQUEIRA CESAR - 05403-000 - São Paulo, SP – Brasil Telefone(s) (11) 30698004 Fax: (11) 30698004. 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 – e-mail: cappesq@hcnet.usp.br, ou no, Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP): edipesq@usp.br, telefone (11) 3061-7548.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo pessoal.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros participantes, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante. É garantido seu anonimato na apresentação da dissertação da pesquisa e nas publicações científicas decorrentes do trabalho.

Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Existe o compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em 2 (duas) vias sendo que uma delas ficará com o participante e outra com o pesquisador.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo:

"HUMANIZAÇÃO NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA".

Eu discuti com o Dr. Edvaldo Leal de Moraes sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim 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 o 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 participante

Data ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante de pesquisa para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo
estudo

Data ____/____/____

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Número do formulário: _____

Data: _____

I – CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL

1. Sexo: Feminino () Masculino ()
2. Idade: _____ anos
3. UTI Tipo: _____
4. Tempo de formação: _____
5. Tempo de atuação na área: _____
6. Qual a sua experiência no processo de doação de órgãos?

II – QUESTÕES NORTEADORAS

- 1) O que você entende por humanização no processo de doação de órgãos?
- 2) Como você acontece a humanização no processo de doação de órgãos?
- 3) O que você sugere para o aprimoramento da humanização no processo?

9 ANEXO

ANEXO A

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HUMANIZAÇÃO NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE
NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Pesquisador: Lúcia Piva Cabral Senna

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21572013.9.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 447.740

Data da Relatoria: 29/10/2013

Apresentação do Projeto:

Na doação de órgãos, o familiar vive o choque da perda, angústia e estresse. Além do luto recente, a família é responsável pelo consentimento da doação dos órgãos. E nesses momentos difíceis, em que se exacerbam vulnerabilidades e necessidades emocionais, no ambiente hospitalar, cabe à equipe multiprofissional, da qual o enfermeiro faz parte, assistir o que for possível a cada situação. Vários profissionais da saúde fazem parte do processo de doação de órgãos e todos participam e influenciam o processo de doação de órgãos e tecidos. Na enfermagem, o apoio oferecido aos familiares tem como meta humanizar as relações entre enfermeiro e familiares de doadores, e possibilitar a tomada de decisão com autonomia. O pesquisador apresenta a seguinte hipótese: Os enfermeiros apresentam entendimentos diferentes sobre a humanização e identificam fatores para o aprimoramento da humanização no processo de doação de órgãos. Trata de um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa, que será realizado com enfermeiros de unidades de terapia intensiva de um hospital público de ensino. O critério de inclusão será enfermeiros com experiência profissional com potenciais doadores de órgãos. A obtenção dos dados será por meio de entrevista, com o uso de gravador. O agendamento das entrevistas será feito anteriormente conforme horário disponibilizado pelo profissional, sendo

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 447.740

realizado em local privativo, ambiente tranquilo, determinado pelos participantes. Utilizar-se-á um instrumento de coleta de dados contendo duas partes, uma de caracterização do participante do estudo (como, sexo, idade, tipo de UTI, tempo de formação e tempo de atuação na área) e a outra com as questões norteadoras. Para

a obtenção dos depoimentos serão utilizadas as seguintes questões: 1) O que você entende por humanização no processo de doação de órgãos? 2) Como você percebe a humanização no processo de doação de órgãos? 3) O que você sugere para o aprimoramento da humanização no processo? Será feito pré-teste com a intenção de saber a necessidade de reformulação das perguntas. O pré-teste também tem como princípio o aprimoramento na condução das entrevistas pelo entrevistador. Será feita análise de conteúdo, segundo o referencial metodológico de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer a percepção de enfermeiros de unidades de terapia intensiva sobre a humanização no processo de doação de órgãos para transplante.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa envolve riscos mínimos.

Benefícios: obtenção de subsídios para o aprimoramento da humanização no processo de doação de órgãos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem redigido, apresenta orçamento, TCLE e anexos para a coleta de dados. Para atender os critérios da instituição co-participante introduziu no projeto o nome do pesquisador responsável pela coleta no campo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está bem redigido e atende a resolução 466/12. O pesquisador atendeu a pendência na redação do TCLE e acatou a recomendação de adotar o modelo de TCLE da instituição co-participante.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu as recomendações feitas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 447.740

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação deste CEP não substitui a autorização da instituição co-participante, antes do início da coleta de dados.

Reitera-se a necessidade de registro dos resultados da pesquisa na Plataforma Brasil.

SAO PAULO, 05 de Novembro de 2013

Assinador por:
Celia Maria Sivalli Campos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br