



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Comunicação de más notícias:

a distância entre morte encefálica e a doação de órgãos

Isabela Castelli

Brasília, Julho de 2017



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Comunicação de más notícias:

a distância entre morte encefálica e a doação de órgãos

Isabela Castelli

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de Brasília, como
requisito parcial à obtenção do título de Mestre
em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientador: Professor Doutor Áderson Luiz Costa Junior

Brasília, julho de 2017

Houve um tempo em que nosso poder perante a Morte era muito pequeno. E, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a Morte foi definida como inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso, nós nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar. E nos encontramos diante do perigo de que, quanto mais poderosos formos perante ela (inutilmente, porque só podemos adiar...), mais tolos nos tornamos na arte de viver. E, quando isso acontece, a Morte que poderia ser conselheira sábia transforma-se em inimiga que nos devora por detrás. Acho que, para recuperar um pouco da sabedoria de viver, seria preciso que nos tornássemos discípulos e não inimigos da Morte. Mas, para isso, seria preciso abrir espaço em nossas vidas para ouvir a sua voz. Seria preciso que voltássemos a ler os poetas...

(Rubem Alves, em “O Médico”).

Agradecimentos

Enquanto redigia as outras seções dessa dissertação, aguardava, ansiosamente, o momento de escrever os agradecimentos. Acredito que este é um momento desafiador para qualquer pesquisador, por ser a oportunidade que temos de deixar o rigor científico de lado e expor nossos sentimentos e pensamentos mais íntimos.

Meu mestrado é resultado de várias “pequenas coincidências” que, se fossem de outra maneira, não me trariam até aqui. Mais do que agradecimentos àqueles que contribuíram para a construção deste trabalho, agradeço a todos os que compartilharam destas coincidências comigo.

Agradeço a Deus, que, entre todas as coincidências desta vida, confirma sempre que me guia pelas estradas mais sinuosas. Peço que permaneça me guiando em todos os meus passos.

A meu pai, de quem herdei a coragem de seguir meus sonhos. Por sempre ter vibrado com minhas conquistas como se fossem suas. Obrigada por ter abdicado de várias noites de sono, dedicado à coleta de dados do meu mestrado e a me consolar nas diversas angústias.

A minha mãe, com quem aprendi que a morte não é um fim a ser temido. Obrigada por ter se distanciado dos protocolos sociais e ter introduzido a morte de forma tão leve e natural na minha criação. Graças a você, pude escolher o caminho “menos percorrido” sem medo do que encontraria à frente.

A minha irmã, que sempre compreendeu meus silêncios.

Ao meu querido orientador que, nos últimos anos, sempre acreditou nos nossos projetos. “Prof”, a você, dedico uma frase de Rubem Alves: “Educação se faz com sonho. Os grandes mestres na história da humanidade só tinham, à sua disposição, um recurso: a fala”. Obrigada

pelas incontáveis horas dedicadas às reuniões e à orientação nas muitas dúvidas que me acompanharam neste percurso.

A Dr.^a Silvia Coutinho, por ter me proporcionado o primeiro contato “científico” com a morte e o morrer, me orientando no difícil estágio de oncologia pediátrica quando eu ainda era graduanda. Obrigada por toda a serenidade com que tratou minha “ânsia de pesquisadora” muito antes deste mestrado.

A CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, por possibilitar minha dedicação exclusiva à pesquisa.

A todos os profissionais da OPO e CIHDOTTs da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), em especial à Dr.^a Daniela Salomão e às enfermeiras Camila Hirata e Viviane da Silva, que me auxiliaram, com muito carinho, nos entraves burocráticos.

Aos meus amigos, por terem me suportado monotemática e terem me ofertado colo quando precisei.

A Edoardo, quem me lembra, diariamente, a importância de acreditar na minha intuição.

A Nyanne, minha auxiliar de pesquisa. Obrigada pela contribuição na análise dos dados, pela disponibilidade em realizar inúmeras reuniões e pela gigantesca paciência com meu estilo.

A todos os pacientes e familiares que, com suas histórias, contribuíram não apenas para a construção deste estudo, mas para minha formação pessoal.

Resumo

O transplante de órgãos é uma modalidade de tratamento que consiste na substituição de um órgão doente por outro sadio, podendo proporcionar a cura a uma doença ou o aumento da qualidade de vida, de um paciente que já não responde às demais terapêuticas disponíveis. A doação de órgãos pode ser feita entre vivos ou *pós mortem* (doador cadáver), sendo esta última categoria a mais comum. A doação *pós mortem* ocorre a partir da declaração de morte, com a cessação das atividades biológicas necessárias à manutenção do sistema de vida. Atualmente em vigor, a Lei Federal Nº 10.211 prevê que a doação *pós mortem* deve ser realizada mediante autorização de parentes próximos (consentimento informado) e depende da confirmação do diagnóstico de morte encefálica, que se refere à cessação das funções cerebrais, mas, não necessariamente, à interrupção imediata de funções cardiorrespiratórias, sendo definida a partir de critérios pré-estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina. Todavia, a dificuldade de compreensão do conceito de morte encefálica, por parte dos familiares, constitui a principal causa referida para a não doação de órgãos. O objetivo do presente estudo foi analisar o processo de comunicação do diagnóstico de morte encefálica, no contexto da equipe de Organização de Procura de Órgãos (OPO), do principal hospital da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES/DF), bem como das equipes de Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) dos demais hospitais de ensino da SES/DF. Constituíram objetivos secundários: (a) investigar como os profissionais de saúde, que efetuam as comunicações de morte encefálica, percebem e realizam esta tarefa; (b) identificar os fatores (pessoais, profissionais, acadêmicos, sociais) apontados como favoráveis, ou desfavoráveis, para uma eficiente comunicação com os familiares; (c) investigar se os profissionais de saúde percebem carências em suas formações, acadêmicas e/ou profissionais, que limitem a tarefa de comunicação e a obtenção de consentimento para doação de órgãos e tecidos; (d) verificar os principais motivos, referidos pelos familiares, para recusa à doação; e (e) verificar possíveis discrepâncias no preenchimento dos prontuários dos pacientes em ME. Os profissionais convidados a participar, após assinarem TCLE, responderam, individualmente, a um roteiro de entrevista semiestruturado, que analisava o processo de comunicação de morte encefálica, os dados do contexto sociocultural da família entrevistada que eram levados em consideração no momento da comunicação e indicadores de percepção de sofrimento atrelados à execução da tarefa. O roteiro ainda continha questões sobre a natureza técnica dos critérios diagnósticos de morte encefálica. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra. As transcrições foram submetidas à análise de conteúdo, com criação de categorias funcionais temáticas. Outra etapa da coleta de dados consistiu na análise documental de prontuários de pacientes não doadores, do ano de 2014, por motivo de recusa familiar. Dos 20 profissionais entrevistados, cinco não souberam apontar quais funções cerebrais deveriam estar ausentes para diagnóstico de morte encefálica. Todos os profissionais souberam apontar, corretamente, o horário de óbito em caso de morte encefálica. Quanto à análise de conteúdo, a categoria com maior frequência foi a de foco no receptor como forma de enfrentamento, tendo sido referida em 19 entrevistas. A formação profissional foi citada pelos profissionais como ferramenta indispensável ao processo de comunicação (n = 18). Quanto às variáveis que influenciavam o modo de comunicação, a idade do paciente foi a mais referida (n = 14). No levantamento dos prontuários, a maioria dos pacientes (64 de 77) estava internado na rede pública de saúde. O principal motivo, apontado pelas famílias, para recusa à doação foi o paciente já ter declarado, em vida, não ser doador de órgãos e tecidos. Observou-se significativo preenchimento incorreto dos prontuários, dificultando a elaboração de conclusões. Os dados obtidos reproduzem indicações da literatura nacional e internacional, destacando-se, que os motivos referidos, pelos familiares, para recusa à doação, são passíveis de intervenção e manejo pelos profissionais, suscitando campo de trabalho potencial para psicólogos. Aponta-se que uma efetiva comunicação, não apenas no momento de declarar a morte encefálica, poderia aumentar a adesão familiar à doação. O trabalho destaca a necessidade de discussão da temática sobre morte ser incluída

nos cursos de graduação da área de saúde. A formação continuada, particularmente, dos profissionais envolvidos no contexto de doação de órgãos para transplante, aparece como caminho a ser trilhado a fim de proporcionar processos comunicativos mais adequados e efetivos.

Palavras-Chave: comunicação de más notícias; doação de órgãos; morte encefálica; transplante de órgãos; equipe de saúde.

Abstract

Organ transplantation is a treatment modality that consists in the replacement of a diseased organ by a healthy one, being able to provide a cure to a disease or an increase in the quality of life of a patient who no longer responds to other available therapies. Organ donation can be done between live or postmortem (cadaver donor), the latter being the most common category. Postmortem donation occurs from the declaration of death, with the cessation of biological activities necessary to maintain the life system. Currently in force, Federal Law No. 10.211 provides that post-mortem donation must be performed by close relatives' authorization (informed consent) and depends on the confirmation of brain death diagnosis, which refers to the cessation of brain functions, but not necessarily to the immediate interruption of cardiorespiratory functions, being defined based on criteria established by the Federal Medical Council. However, the difficulty of understanding the concept of brain death by relatives is the main cause of non-organ donation. The aim of the present study was to analyze the brain death's communication process, in the context of the teams of public hospitals in Distrito Federal (DF). Secondary objectives were: (a) to investigate how healthcare professionals, who perform brain death communications, perceive and perform this task; (b) identify factors (personal, professional, academic, social) that are considered propitious or adverse for efficient communication with family members; (c) to investigate whether healthcare professionals perceive academic or professional lacks that limit the task of communication and obtaining consent for organ donation; (d) verify the main reasons, referred by family members, for refusal to donate; and (e) verify possible discrepancies in the ME patient medical records. The professionals invited to participate, after signing TCLE, individually responded to a semi-structured interview script, which analyzed the brain death's communication. Beside that, we sought to understand which data from the sociocultural context of the interviewed family were taken into account at the time of communication; and perception of suffering linked to the tasks' execution. The script still contained questions about the technical nature of brain death diagnostic criteria. The interviews were recorded in audio and transcribed in full. Transcripts were submitted to content analysis, with the creation of thematic functional categories. Another step in the collection of data consisted of documentary analysis of non-donor patients' medical records, from the year 2014, due to family refusal. Of the 20 professionals interviewed, five did not know to indicate which brain functions should be absent to diagnose brain death. All the professionals knew how to correctly indicate the time of death in case of brain death. Regarding content analysis, the category with the highest frequency was focusing on the receiver as a form of coping, having been referred in 19 interviews. Professional training was cited by professionals as an indispensable tool for the communication process (n = 18). As for the variables that influenced the mode of communication, the patient's age was the most reported (n = 14). In the medical records, the majority of the patients (64 of 77) were hospitalized in the public health system. The main reason, as pointed out by the families, for refusal to donate was that the patient had already declared, in life, not to be a donor of organs and tissues. It was observed a significant incorrect filling of medical records, making it difficult to draw conclusions. The obtained data reproduce indications of the national and international literature, emphasizing that the reasons mentioned by the relatives for refusal to donation are susceptible of intervention and management by the professionals, provoking potential field of work for psychologists. It is pointed out that an effective communication, not only at the time of declaring brain death, could increase the family's adherence to the donation. The work highlights the need to discuss the issue of death to be included in undergraduate courses in the health area. The continuing formation,

particularly of the professionals involved in the context of organ donation for transplantation, appears as a path to be followed in order to provide more adequate and effective communicative processes.

Key Words: giving bad news; organ donation; brain death; organ transplantation; healthcare team.

Sumário

Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	vi
Abstract.....	viii
Lista de Tabelas.....	xii
Lista de Siglas.....	xiii
1.Introdução.....	14
1.1.Transplante de Órgãos e Tecidos.....	15
1.2.Legislação acerca do Transplante de Órgãos e Tecidos no Brasil.....	20
1.3.Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.....	22
1.4.O Tabu Acerca da Morte.....	23
1.5. O Conceito de Morte Encefálica.....	26
1.6. O Processo de Comunicação e Implicações para a Equipe de Saúde.....	34
2.Objetivos.....	45
3.Método.....	46
3.1.Participantes.....	46
3.2.Material e Método.....	46
4.Resultados.....	50
4.1.Análise Documental de Prontuários.....	51
4.1.1.Distribuição dos casos.....	53
4.1.2.Perfil dos não doadores.....	53
4.1.3.Motivo do óbito.....	53
4.1.4.Motivo para recusa.....	53
4.1.5.Intervalo de tempo necessário para comunicação com a família.....	54

4.1.6.Intervalo de tempo entre entrevista familiar e desligamento dos aparelhos de manutenção de vida corporal.....	55
4.2.Dados sociodemográficos.....	55
4.3.Questões da Entrevista Sobre Conhecimento Técnico.....	56
4.4.Análise de Conteúdo das Entrevistas.....	57
5.Discussão.....	96
5.1.Análise Documental.....	96
5.2.Dados obtidos em entrevista.....	98
5.3.Considerações Finais.....	108
6.Referências.....	111
7.Anexos.....	121
7.1.Anexo 1. Termo de Declaração de Morte Encefálica.....	121
7.2.Anexo 2. Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	123
7.3.Anexo 3. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética.....	124
7.4.Anexo 4. Roteiro de Entrevista.....	127

Lista de Tabelas

Tabelas	Página
Tabela 01. Análise documental dos prontuários de ME.....	52
Tabela 02. Motivos referidos para recusa à doação de órgãos.....	54
Tabela 03. Apresentação de todas as categorias funcionais.....	59
Tabela 04. Elementos da Rotina Relatada Pelos Profissionais.....	60
Tabela 05. Variáveis para abordagem dos familiares – questões relativas a comunicações anteriores.....	64
Tabela 06. Variáveis para abordagem dos familiares - aspectos da família.	68
Tabela 07. Variáveis para abordagem dos familiares - potencial doador.....	73
Tabela 08. Aspectos facilitadores da execução das tarefas.....	76
Tabela 09. Aspectos adicionais associados às tarefas dos profissionais de saúde.	79
Tabela 10. Algumas barreiras à execução da tarefa.....	84
Tabela 11. Conflitos éticos em relação ao protocolo de ME.....	88
Tabela 12. Demais conflitos éticos.....	92

Lista de Siglas

ABTO - Associação Brasileira de Transplante de Órgãos

AVCH – Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico

AVCI – Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

CFM - Conselho Federal de Medicina

CIHDOTT - Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante

DF - Distrito Federal

DIVEP – Diretoria de Vigilância Epidemiológica

HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal

HMIB – Hospital Materno-Infantil de Brasília

HRAN – Hospital Regional da Asa Norte

HRPa – Hospital Regional do Paranoá

HRS – Hospital Regional de Sobradinho

ME - Morte Encefálica

OPO - Organização de Procura de Órgãos

PD - Potencial doador

SES/DF - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SNT – Sistema Nacional de Transplantes

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

Introdução

Nesta seção, são abordados conteúdos, de natureza científica e social, que justificam a realização deste estudo. A fim de facilitar a leitura, a seção de Introdução foi fragmentada em subtítulos, organizados de forma a apresentar os principais elementos que a literatura, nacional e internacional, sinaliza como relevantes.

O primeiro tópico desta seção diz respeito à temática dos transplantes de órgãos e tecidos, fornecendo dados históricos acerca do desenvolvimento de técnicas que levaram à evolução e crescente sucesso da execução de transplantes de órgãos nas ciências médicas, bem como esclarecendo a distinção entre tipos de transplantes e doadores vivos e cadáveres. Ao final deste tópico, o leitor encontra dados estatísticos brasileiros sobre o atual panorama dos transplantes no país.

A seguir, no tópico acerca da legislação brasileira sobre doação de órgãos e tecidos, abordam-se a evolução das leis, suas interpretações e a forma como foram sendo aprimoradas, até a legislação mais recente, vigente desde 2001.

Mais adiante, o leitor encontra uma apresentação dos conceitos de morte e, especialmente, de morte encefálica, incluindo problematizações quanto a dificuldades de compreensão de conceitos e crenças sobre a finitude e irreversibilidade da morte.

Por fim, modelos de comunicação em saúde e de comunicação de más notícias são abordados. Espera-se, ao término da leitura desta seção, que o(a) leitor(a) consiga elaborar uma relação conceitual e funcional entre os temas referidos: a maneira como o campo dos transplantes de órgãos se desenvolveu, as raízes histórico-filosóficas que ainda hoje amedrontam pessoas que lidam com a morte e o morrer, e como esta dificuldade pode influenciar o trabalho dos profissionais de saúde que executam a tarefa de comunicação de morte encefálica e de óbito de pacientes a seus familiares.

Transplante de Órgãos e Tecidos

A palavra *transplante* significa “ato ou efeito de transplantar, i.e., mudar de um lugar para o outro” (Leite, 2000, p.111). O transplante de órgãos é uma modalidade de tratamento que consiste na substituição de um órgão, ou tecido doente, de uma pessoa (receptor) por outro sadio, de doador vivo ou falecido (Brito & Prieb, 2012; Silveira et al., 2009). Este tratamento poderá proporcionar a cura para uma doença ou aumentar o tempo de sobrevivência, bem como a qualidade de vida, de um paciente que já não responde adequadamente às demais terapêuticas empregadas e disponíveis (Cappellaro, Silveira, Lunardi, Corrêa, Sanchez, & Saioron, 2014; Silveira et al., 2009).

O histórico de transplante e doação de órgãos e tecidos está intimamente ligado à tentativa de preservar a vida. Lamb (2000) indica que os primeiros indícios de doações de órgãos estão, intrinsecamente, relacionados ao início da história da humanidade. De acordo com a Bíblia Sagrada, no livro do Gênesis, Eva, a primeira mulher, foi criada a partir de uma costela retirada de Adão, o primeiro doador. Posteriormente, os registros levam aos hindus, e ao cirurgião Sushruta (750-800 a.C), que teria sido o responsável pelo primeiro trabalho de reconstrução de um nariz, quando transplantou um pedaço de pele da testa, inaugurando, aparentemente, o campo da reconstrução facial.

Na China, por volta de 300 a.C., há registros, não sistematizados como nos tempos atuais, de que Pien Chiao teria realizado uma troca de órgãos entre dois irmãos. Já na Idade Média, a lenda de Cosme e Damião refere um episódio em que os Santos teriam substituído a perna de um doente pela perna de um cadáver. Nos séculos XV e XVI há relatos de tentativas de reutilizar tecidos e órgãos - o que seria definido, posteriormente, por transplante (Leite, 2000). No entanto, embora as primeiras tentativas de transplante tivessem demonstrado grande

interesse dos estudiosos do corpo humano, parecem ter sido realizadas sem finalidade ou preocupações científicas (Leite, 2000).

Foi Ambrosio Paré (1517-1590), com a descoberta da ligação entre artérias, um dos precursores das técnicas atualmente adotadas em transplante (Leite, 2000). O primeiro transplante do mundo, registrado pela literatura, foi realizado em 1933, na Ucrânia, a fim de tratar um paciente com insuficiência renal aguda. Contudo, a cirurgia não teve sucesso, com o falecimento do receptor, 48 horas após a intervenção (Gregorini, 2010). De acordo com a literatura, este também foi a primeira tentativa de transplante da história com doador cadáver (Bragança, n.d).

Já demarcada a fase científica, o cirurgião John Hunter, em 1771, foi o primeiro a usar a palavra *transplante*, transferindo dentes de um indivíduo a outro. Meneses (2014) indica que, no ano de 1862, na Rússia, o crânio de um soldado atingido em batalha foi reparado com ossos de um cão. Em 1902, em trabalhos independentes, Ullman, De Castello e Carrel implantaram rins em um mesmo animal e em outros indivíduos da mesma ou de diferentes espécies, percebendo que os rins eram capazes de formar urina imediatamente (Meneses, 2014). Em 1931, na Itália, Gabriel Janelli efetuou um enxerto de glândulas genitais, de um indivíduo a outro. Este caso é bastante polêmico pois se tratava de um doador vivo que cedeu a glândula em troca de uma recompensa financeira (Leite, 2000).

Na década de 1950, começam os registros de obtenção de êxito em cirurgias de transplantes de órgãos. Em 1951, em Boston, nos Estados Unidos da América, o médico David Hume realizou um transplante de rim a partir de doador cadáver, na tentativa - frustrada - de salvar a vida de seu paciente. Nos anos seguintes, juntamente com o cirurgião Joseph Murray, realizaram mais de dez transplantes renais a partir de doadores cadáveres, mas a maioria dos receptores faleceu logo após as operações. Então, no ano de 1953, obtiveram êxito ao

transplantarem um rim em um paciente que sobreviveu por seis meses. No ano seguinte, extraíram o rim de um gêmeo, implantando-o, com sucesso, em seu irmão, sendo, este, o registro do primeiro transplante do mundo com doador vivo (Leite, 2000; Lamb, 2000). Desta fase, “pioneirística”, dos transplantes, Leite (2000) ressalta, ainda, a execução dos primeiros transplantes de fígado e pulmão, em 1963, e o primeiro transplante completo de pâncreas, em 1967.

O emblemático caso do médico Christian Bernard, em 1967, incitou o debate médico-jurídico e a discussão sobre a determinação da morte de um doador de órgãos. Em 1967, o Dr. Bernard transplantou o coração de Denise Ann Darvall, jovem falecida em um acidente de trânsito, para Louis Washkansky. Louis aceitou o risco da cirurgia, inédita no mundo, pela certeza de que não sobreviveria, pois era diabético e apresentava graves problemas hepáticos. Assim, a cirurgia começou quando o coração de Denise *parou de bater*. Dezoito dias após a cirurgia, Louis faleceu. Esse caso incitou debates, principalmente, em torno dos critérios de determinação da morte de um doador e questões relacionadas à rejeição e probabilidades de sobrevivência dos receptores (Leite, 2000; Lamb, 2000).

No ano seguinte, em 1968, ocorreu o primeiro transplante de órgãos no Brasil, de coração. No mesmo ano, mais de cem corações foram transplantados no mundo. Em 1987, nos Estados Unidos da América, aconteceu o primeiro transplante com um doador vivo. Em 1989, os transplantes de pulmão, em Porto Alegre, colocaram o Brasil em evidência no cenário mundial (Gregorini, 2010).

Segundo levantamento da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), em 2015, a taxa de todos os órgãos transplantados no Brasil foi de 39 casos por milhão de habitantes. Em comparação a outros países, as melhores taxas de transplantes atingiram 100 ocorrências por milhão de habitantes. Em números absolutos, o Brasil desponta como o segundo

maior transplantador de rim e fígado do mundo, ficando atrás apenas dos Estados Unidos da América (ABTO, 2015b).

Conforme os dados estatísticos da ABTO, os principais órgãos transplantados, em 2015, no Brasil, com distinção para transplantes entre vivos e transplantes de doadores cadáveres foram: (a) rim (2664), destes, 579 de doadores vivos e 2085 de doadores cadáveres; (b) fígado (835), sendo 72 de doadores vivos e 763 de doadores cadáveres; (c) coração (175), todos de doadores cadáveres; (d) pâncreas e rim (45), também todos de doadores cadáveres; (e) pulmão (41), sendo três de doadores vivos e 38 de doadores cadáveres; e (f) pâncreas (10), todos de doadores cadáveres (ABTO, 2015a).

De acordo com o levantamento da ABTO, em 2015, observou-se uma queda na taxa de notificação de potenciais pacientes doadores (PD). Naquele ano, a previsão era de notificar 53,5 doadores por milhão de habitantes. Contudo, a média obtida foi de 46,5 (ABTO, 2015a). Consequentemente, a taxa de doadores efetivos também foi reduzida. Os motivos para não efetivação do potencial doador em doador efetivo são discutidos em tópico posterior desta seção.

Diante do panorama nacional, onde o número de transplantes realizados diminuiu, o Distrito Federal (DF) destacou-se por manter taxas acima da média nacional, com as seguintes características (ABTO, 2015b): (a) enquanto a média de transplantes hepáticos permaneceu estável no Brasil, no DF, o índice aumentou, atingindo 21,7 transplantes por milhão; (b) quanto ao transplante cardíaco, ainda que a média brasileira tenha aumentando, continuamente, nos últimos quatro anos (14,5% de aumento), representando 1,7 transplantes por milhão de habitantes, no DF, este índice chegou a 10,5 transplantes; e (c) no que se refere ao transplante de córneas, observou-se aumento das taxas, pela primeira vez, em três anos, com o DF atingindo

uma taxa mais de duas vezes maior que a necessidade estimada (de 90 transplantes por milhão de habitantes para 186,9 transplantes por milhão).

A ABTO também classifica as Unidades da Federação que obtiveram os melhores desempenhos em transplantes, a partir da taxa de 60 transplantes por milhão de habitantes, com destaques para: Rio Grande do Sul (67,0), São Paulo (64,9) e DF (61,7). Se considerados apenas os transplantes com doadores falecidos, a média nacional estimada, em 2015, era de 50 transplantes por milhão de habitantes (ABTO, 2015a). Nesta perspectiva, é notável destacar que o DF figura, também, entre os melhores desempenhos, com 60,0 transplantes por milhão, depois do Rio Grande do Sul (61,2), e seguido do Ceará (54,2) e São Paulo (50,8).

As taxas de transplantes referidas pela ABTO foram obtidas, na maior parte, a partir de doadores cadáveres. No entanto, atualmente, são reconhecidas diversas modalidades de transplantes: (a) Autotransplante, com a transferência de tecido ou órgão de um lugar a outro, na mesma pessoa, como ocorre em cirurgias de ponte de safena; (b) Isotransplante, entre indivíduos de mesma espécie e com caracteres hereditários idênticos, tais como entre gêmeos univitelinos; (c) Alotransplante ou homotransplante, entre indivíduos da mesma espécie, mas com caracteres hereditários distintos, como entre um homem e uma mulher; e (d) Xenotransplante, transplante entre seres de diferentes espécies, tal como entre um cão e um chipanzé. Esta modalidade é típica entre projetos científicos que têm por objetivo subsidiar dados para o desenvolvimento de tecnologia aplicada à ciência médica (Leite, 2000; Meneses, 2014; Lamb, 2000). Na categoria homotransplante deve-se, ainda, considerar as categorias *entre vivos* e homotransplante *de cadáver* (Leite, 2000; Silveira et al, 2009).

Enquanto no homotransplante entre vivos o problema fundamental consiste na salvaguarda da saúde do doador, no do cadáver o problema de fundo centra-se, basicamente, salvo a questão inquietante do momento da morte do doador, sobre a salvaguarda dos interesses do receptor. (Leite, 2000, p.119).

No presente estudo, a análise focalizou a categoria de transplantes de órgãos e tecidos do tipo *homotransplante do cadáver (transplantes pós morte)*. Compreende-se o termo “cadáver” como um corpo inanimado, uma vez que o curso de vida se encerra com a morte. Assim, o morto não é uma pessoa, mas uma *coisa* (Leite, 2000). Esta escolha se deu, prioritariamente, por serem realizados muito mais transplantes de doação pós-morte, tal como apontam os dados da ABTO, já referidos nesta seção, do que doação em vida.

A definição e a execução de um transplante de órgãos são regulamentadas por um conjunto de normas. A seguir, são apresentadas algumas informações sobre a legislação que disciplina a execução de transplantes de órgãos e tecidos no Brasil.

Legislação acerca do Transplante de Órgãos e Tecidos no Brasil

No Brasil, a legislação a respeito de transplantes começa com a Lei N° 4.280, de 06 de novembro de 1963. Nesta, conforme previsto no Artigo 1º, as extirpações de partes de cadáveres, para fins de transplante, eram permitidas havendo autorização escrita do falecido e na ausência de oposição por parte do cônjuge ou parentes até segundo grau (Brasil, 1963). Além disto, a Lei limitava a execução de apenas uma extirpação por cadáver.

Em 1968, a Lei N° 4.280 foi revogada e o texto substituído pela Lei N° 5.479, que previa a retirada de uma ou mais partes do corpo *post mortem*. Esta doação poderia ser feita por manifestação expressa da vontade do disponente, que deveria especificar o órgão ou tecido objeto da retirada, nas seguintes condições: (a) manifestação da vontade, por meio de instrumento público, se tratando de disponentes relativamente incapazes ou não alfabetizados; ou (b) autorização escrita do cônjuge e, sucessivamente, descendentes, ascendentes e colaterais (Brasil, 1968).

Novamente, a legislação foi atualizada, entrando em vigor, então, a Lei Nº 8.489, de 18 de novembro de 1992. Nesta, ficava permitida a retirada e transplantes de tecidos, órgãos e partes do corpo humano com fins terapêuticos e científicos na condição de que o desejo expresso, do doador, manifesto em vida por meio de documento pessoal ou oficial. E, ainda, na ausência de tal documento, a retirada de órgãos era procedida se não houvesse manifestação em contrário por parte do cônjuge, ascendente ou descendente (Brasil, 1992). Contudo, Silveira et al. (2009) apontam que tal dispositivo não preservava o preceito da autonomia, dado que:

não preservou a autonomia plena da vontade do falecido, uma vez que não contemplou sua não permissão manifesta em vida e sim, apenas, sua vontade manifesta de doar. A ausência de sua manifestação escrita implica a *disposição presuntiva*, o que não respeita o princípio fundamental do pluralismo moral (p. 68).

A Lei Nº 8.489 foi revogada pela Lei Nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispôs sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para transplante. Nesta, ficava regulamentada a imposição do diagnóstico de Morte Encefálica (ME) como condição para transplante *post mortem*. A doação de órgãos poderia ser feita pelo doador em vida - que era registrado na Carteira de Identidade Civil ou Carteira Nacional de Habilitação como “doador de órgãos e tecidos” ou “não doador de órgãos e tecidos” e poderia ser reformulada, a depender da vontade pessoal de cada um, e a qualquer tempo. Tal condição equivalia a dizer que a doação poderia ser efetuada independentemente do consentimento expresso da família. Silveira et al. (2009) apontam que tal legislação não estava em consonância com a realidade brasileira, uma vez que não se aplicava à maioria da população e ignorava os contingentes populacionais que, repetidamente, tinham acesso limitado à obtenção de documentos essenciais, tais como Certidão de Nascimento e Carteira de Identidade, além de baixa escolaridade e exposição a processos de vulnerabilidade social.

Em vigor no Brasil até o ano de 2001, a Lei Nº 9.434 foi substituída pela Lei Nº 10.211, de 23 de março de 2001, em vigor até os dias atuais. Este dispositivo federal prevê que a doação *pós mortem* deve ser realizada mediante autorização de parentes próximos (consentimento informado), em detrimento da decisão em vida do paciente, mesmo que este se declare doador em documentos de identidade e/ou de habilitação.

De acordo com esta legislação, no Artigo 2º, as manifestações de vontade relativas à retirada *post mortem* de tecidos, órgãos e partes, constantes na Carteira de Identidade Civil e da Carteira Nacional de Habilitação, perdem sua validade a partir de 22 de dezembro de 2000”.

É imperativo afirmar que em todos os dispositivos de Lei referidos, a legislação brasileira sempre expressou o dever, por parte da equipe de saúde, de recompor condignamente o cadáver, que deve ser entregue aos familiares, para as cerimônias fúnebres, de forma que se aproxime, o máximo possível, do estado anterior à doação. Contudo, esta é uma preocupação muito referida por familiares de pacientes potenciais doadores (Brito & Prieb, 2012) e objeto de discussão ainda nesta seção.

Finalmente, para a autorização à execução de um transplante de órgãos é necessário ocorrer o reconhecimento de uma morte (do potencial doador). A seguir, discutem-se, sucintamente, algumas dificuldades inerentes ao conceito de morte.

Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes

Conhecimento complementar à Legislação acerca de transplantes, é o conhecimento sobre o Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

Conforme a Portaria Nº 2.600 do Ministério da Saúde, de 2009, as equipes OPO (Organização de Procura de Órgãos) atuarão em parceria com as equipes CIHDOTT (Comissão

Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante) dos hospitais designados em área de atuação.

A coordenação da OPO deverá ser ocupada, obrigatoriamente, por profissional médico; que deverá contar, em sua equipe, com enfermeiros e agentes administrativos de nível médio. Ressalta-se, no Artigo 12, parágrafo 4º que é requisito dos membros de nível superior da equipe OPO “experiência comprovada em área de cuidados de pacientes críticos, diagnóstico de morte encefálica, triagem de doadores e entrevista com familiares de potenciais doadores” (Brasil, 2009, s/p).

São principais atribuições da OPO: (a) organizar a logística da procura de doadores; (b) criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos a possibilidade de doação de órgãos e tecidos; (c) promover e organizar ambientes e rotinas de acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação de órgãos; (d) orientar e capacitar o setor responsável, nos estabelecimentos de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica etc.

Destaca-se que, a partir desta Portaria, a OPO poderá exercer função de CIHDOTT do hospital em que, eventualmente, esteja sediada.

O Tabu Acerca da Morte

Uma breve consulta a um dicionário de língua portuguesa permite identificar os conceitos de *morte* (do latim *mors*), de *óbito* (do latim *obitu*), de *falecimento* (*falecer+mento*), e de *passamento* (*passar+mento*), como sinônimos adotados para se referir ao processo irreversível de cessamento das atividades biológicas necessárias à manutenção de um sistema

dinâmico. Após o processo de interrupção biológica da vida, o sistema não mais vive e o organismo é, então, declarado como “morto” (Holanda, 2012).

Foi Hipócrates, em 500 a.C, quem primeiro definiu os sinais de falecimento em um ser humano. Ele descreveu as modificações faciais, no período imediato após a morte, que ficaram conhecidas pela expressão “*facies hipocrática*”. Entre os gregos, a morte era determinada pela parada cardíaca. Já na tradição judaico-cristã, a morte era estipulada pelo pulmão sem funcionamento. A pessoa estava morta quando soltava o último suspiro (Leite, 2000).

Os hebreus consideravam o corpo do morto como alguma coisa impura, que não podia ser tocada. Os antigos índios americanos falavam dos espíritos do mal e atiravam flechas ao ar para afugentá-los. Muitas culturas possuem rituais para cuidar da pessoa ‘má’ que morre, os quais se originam deste sentimento de raiva latente em todos nós, apesar de não gostarmos de admitir isso. A tradição do túmulo pode advir do desejo de sepultar bem fundo os maus espíritos, e as pedrinhas que muitos enlutados jogam como homenagem traduzem símbolos do mesmo desejo. Apesar de chamarmos de última despedida, a salva de tiros num funeral militar corresponde ao mesmo símbolo ritual dos índios, ao atirarem aos céus suas lanças e flechas. Cito estes exemplos para ressaltar que o homem, basicamente, não mudou. A morte constitui ainda um acontecimento medonho, pavoroso, um medo universal.

(Kubler-Ross, 1926/2008, pp. 08-09).

O reconhecimento de sinais que caracterizam a morte não caracteriza, necessariamente, a percepção, ou a vivência, daqueles que participam, ou assistem, a morte de uma pessoa. Monteiro, Reis, Quintana e Mendes (2015), por exemplo, analisam a mudança da vivência da morte ao longo dos tempos. Em um primeiro momento, na idade média, a morte era uma “cerimônia pública e organizada” (p. 548). Ainda que neste período a morte fosse vivenciada com familiaridade, os homens buscavam manter distância dos mortos, temendo sua proximidade. Isto pode ser percebido nos locais destinados às sepulturas, neste período: perto de igrejas, o que configuraria a proteção dos santos (Kovács, 1992). Até o século XIV, a morte era domínio quase exclusivo de sacerdotes, que eram os profissionais responsáveis por

acompanhar os moribundos, ajudando-os a morrer. Naquele momento, a morte era percebida como um desejo de Deus e, uma vez anunciada, não poderia ser impedida.

Entre os séculos XIV e XV, Kovács (1992) discute que o principal medo do homem estava relacionado com o que viria após a morte, uma condenação, um castigo. Já nesta data, *“o corpo morto passa a ser escondido, pois é insuportável para os olhos”* (p. 33). Nesta perspectiva, o embalsamento era o procedimento usado para conservar a imagem do corpo vivo, uma tentativa de negar a morte. Adiante, nos séculos XVII e XVIII, o medo de ser enterrado vivo traz a era da confusão entre vida e morte. A morte só se mostraria real uma vez iniciada a decomposição do corpo (Kovács, 1992).

O surgimento do espiritismo, no século XIX, devolve à morte uma visão romântica. Agora, é considerada como sublime repouso, o retorno àqueles amados que já partiram. O medo característico desta fase é com as almas do outro mundo, que vêm provocar os vivos. Cria-se todos os tipos de rituais para afastar esses seres amedrontadores (Kovács, 1992).

A partir de meados do século XX, a morte passou a ser percebida como um “tabu incontestável e inaceitável, impensada e desprovida de sentido” (Monteiro et al., 2015, p. 549). Para Kovács (1992), é a “morte vergonhosa”, considerada um fracasso. *“O triunfo da medicalização está, justamente, em manter a doença e a morte na ignorância e no silêncio”* (p. 38). Atualmente, na sociedade ocidental, a morte é um tema que tende a ser negado e/ou excluído. Ainda prevalece uma espécie de idealização, ou crença errônea, de que poderia ser algo possível de ser evitado (Pereira, 2005; Sleeman, 2013). Uma consequência desta percepção pode ser observada, em nossa sociedade, pela dificuldade geral de abordar a temática da “morte”, seja em contextos interpessoais/familiares e/ou profissionais (Monteiro et al., 2015).

Uma das maiores dificuldades de lidar com o tema da morte está relacionada, exatamente, aos contextos de cuidados com a saúde. De acordo com Pereira (2005), os

crescentes avanços científicos da área da saúde estão associados ao aumento da expectativa de vida e à ideia geral de um possível adiamento gradativo da morte. Por consequência, a tarefa de comunicar más notícias (por exemplo, de transmitir a informação sobre a morte de um indivíduo a familiares e parentes em geral) acaba por colocar o profissional em contradição ao paradigma de curar, ensinado e preconizado durante a maior parte da formação acadêmica e da vivência profissional, sendo percebida como um sinônimo de fracasso. Profissionais de saúde, treinados a usar todos os recursos disponíveis para vencer doenças e, em consequência, a morte, tendem a encará-la como um fracasso (Pereira, 2005; Sleeman, 2013; Monteiro et al., 2015). Monteiro et al. (2015) ressaltam que os médicos, incutidos do desejo de diagnosticar, prolongar a vida e curar, acabam experienciando grande angústia quando se defrontam com a morte (inevitável) de um paciente.

Esta condição dificulta a criação de espaços para discussão acerca da doação de órgãos *post mortem*, já que está relacionada, primeira e intimamente, com o falecimento, e a consequente percepção de perda, de uma pessoa (Quintana & Arpini, 2009). A seguir, apresenta-se o conceito de Morte Encefálica (ME) e suas implicações para a execução de transplantes de órgãos e tecidos.

O Conceito de Morte Encefálica

Conforme referido nesta seção, o transplante de órgãos é a última alternativa terapêutica e pode ser executado com o doador vivo ou *pós mortem*. Nesta última opção, mais frequente, o processo de doação de órgãos só pode ser iniciado após o diagnóstico de Morte Encefálica (ME). Esta condição equivale à morte, mas diferencia-se da chamada “morte clínica”, que diz respeito à cessação das funções cerebrais mas, não necessariamente, à interrupção imediata de

funções cardiorrespiratórias (Resolução do Conselho Federal de Medicina - CFM, Nº 1.480, de 08/08/1997).

Segundo levantamento da ABTO, no período de janeiro a junho de 2015, dos 3770 transplantes realizados no Brasil, 3116 foram com doadores cadáveres, contabilizando, assim, 82,6% dos casos (ABTO, 2015a). Tais dados apontam para a necessidade de que profissionais de saúde e a sociedade, em geral, discutam, compreendam e aceitem o conceito de ME. Esta compreensão parece estar diretamente relacionada ao sucesso de políticas, nacionais e internacionais, de doação de órgãos e tecidos.

Historicamente, o primeiro conceito de ME surgiu na França, em 1959. A condição clínica descrita por neurocirurgiões franceses, de “morte do sistema nervoso central”, indicava: (a) coma apneico persistente, (b) ausência de reflexos tendinosos e associados ao tronco encefálico; e (c) ausência de atividade elétrica cerebral. Na ocasião, os neurocirurgiões não consideraram o quadro equivalente à morte, contudo, a permanência destas condições por 18 a 24 horas autorizava o desligamento do ventilador mecânico (Santos, Moraes, & Massarollo, 2012).

Ainda em 1959, Mollaret e Goulon realizaram estudo com 23 pacientes em coma e sem resposta a estímulos dolorosos, sem reflexos do tronco cerebral e com eletroencefalograma isoeletrico e denominaram o quadro de “coma dépassè” (terminologia antiga para a atual condição de ME). Entretanto, Mollaret e Goulon não igualaram o coma *dépassè* à morte e, ao contrário dos neurocirurgiões franceses, não defendiam a interrupção da ventilação (Santos, Moraes, & Massarollo, 2012).

Foi no final da década de 1960, com o avanço de técnicas de suporte à vida que se fez imperativo uma nova definição de ME. Em 1968, o Comitê da Faculdade de Medicina de Harvard, nos Estados Unidos da América, definiu o coma irreversível como condição para ME.

Estabeleceram-se, desta forma, os critérios de ausência de responsividade cerebral, ausência de movimentos (induzidos ou espontâneos), ausência de respiração espontânea, ausência de reflexões tendinosos profundos, além de ausência de reflexos relacionados ao tronco encefálico, para a confirmação de ME.

Em 1976, a Conferência do *Medical Royal Colleges*, no Reino Unido, introduziu o uso de exames complementares, além do eletroencefalograma, para o diagnóstico de morte. Neste momento, pela primeira vez, a ME foi considerada equivalente à morte humana (Santos, Moraes, & Massarollo, 2012).

A morte pôde, então, ser definida a partir da identificação da supressão das funções cerebrais (Slade & Lovasik, 2002; Pearson, Robertson-Malt, Walsh, & Fitzgerald, 2001; Sadala, Lorençon, Cercal, & Schelp, 2006), expressando a falência total de todo o encéfalo, incluindo o tronco cerebral (Silveira et al., 2009; Anexo 1).

No Brasil, a Lei Nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, no Artigo 3º, adverte que a realização de remoção de órgãos, tecidos ou partes do corpo para transplante *pós mortem*, deve ser precedida pelo **diagnóstico de morte encefálica** (grifo da autora) “constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina”.

O diagnóstico de ME, segundo o CFM, deve ser atestado: “considerando que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte”; e, também, “considerando o ônus psicológico e material causado pelo prolongamento do uso de recursos extraordinários para o suporte de funções vegetativas em pacientes com parada total e irreversível da atividade encefálica” (Resolução do CFM, Nº 1480; CFM, 1997).

Ainda em consonância com a Resolução 1.480, do CFM, o diagnóstico estará embasado em exames clínicos e complementares a serem realizados em intervalos de tempo variáveis a

depende da idade do potencial doador. O médico deverá registrar os dados observados em um Termo de Declaração de Morte Encefálica, anexo à Resolução (Anexo 1). Entre os parâmetros clínicos a serem avaliados estão o coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apneia.

Os exames complementares, a serem observados para determinação do diagnóstico, devem demonstrar, de forma inequívoca: ausência de atividade elétrica cerebral ou ausência de atividade metabólica cerebral ou, ainda, ausência de perfusão sanguínea (CFM, 1997). A Resolução ainda garante o direito à presença de um médico de confiança da família do falecido no ato da atestação de ME.

Uma vez que a legislação em vigor no Brasil, desde 2001, determina que a família decida sobre a doação de órgãos, no caso de doador cadáver, faz-se imprescindível que a população compreenda o diagnóstico de ME, já que esta é a condição legal para doação - e, conseqüentemente, isso poderia levar ao aumento do número de doações (Teixeira, Gonçalves & Silva, 2012; Silveira et al., 2009).

O conceito de ME, intrinsecamente relacionado à temática da doação de órgãos e tecidos, ainda é mal esclarecido para grande parte da população (Silveira et al., 2009). O pouco conhecimento acerca da ME é considerado um, entre vários fatores, para a recusa de doação de órgãos entre familiares de pacientes em ME, bem como motivos religiosos e o primeiro contato, insuficientemente satisfatório, entre a equipe de transplante e a família (Teixeira, Gonçalves, & Silva, 2012). Estes fatores são objeto de discussão posterior, nesta seção.

Teixeira, Gonçalves e Silva (2012), em um estudo com de 136 pacientes entrevistados, observaram que apenas 19,9% acreditavam que o paciente em ME se encontra, de fato, morto. Além disto, 85,3% dos entrevistados acreditavam que o médico podia cometer equívocos no

diagnóstico de ME e o paciente ainda estar vivo. Apenas 18,4% dos participantes relatou confiar plenamente no diagnóstico médico.

Em outro estudo, com uma amostra da cidade de Santa Maria (RS), observou-se que a representação que os entrevistados faziam de ME era de uma zona limite que dividiria a vida e a morte, isto é, a pessoa já estava condenada a morrer, contudo, ainda continuaria viva (Quintana & Arpini, 2009).

Destaca-se que a dificuldade de compreensão do diagnóstico de ME não se restringe a leigos. Em estudo que avaliava o conhecimento de médicos que atuavam em uma unidade de terapia intensiva (UTI), verificou-se que 59 de um total de 246 (24%), confundiam a hora da morte do paciente com o horário do registro do diagnóstico de ME. Esta parcela dos entrevistados declarou que o horário de óbito correspondia ao momento da retirada de órgãos para doação (Schein et al., 2008). Outro estudo discute dados em que os profissionais de saúde acreditavam que o horário do óbito equivalia ao horário da parada cardíaca (White, 2003). Neste caso, consideravam a ME como um estágio anterior à “morte verdadeira”, que aconteceria apenas com a cessação das funções cardiopulmonares.

Lemes e Bastos (2007), em estudo com uma equipe de 17 profissionais de enfermagem sobre os cuidados ao paciente em ME, apontam o desconhecimento da equipe quanto aos cuidados adequados, evidenciando a ausência de orientação técnica e de preparo psicológico para essa tarefa. Vale ressaltar que a lacuna de conhecimentos vai além do despreparo técnico e prático, quando o profissional se percebe despreparado psicologicamente, vivenciando sentimentos de perda, tristeza, insegurança, sofrimento e angústia, quando enfrenta uma condição clínica de ME (Cavalcante et al., 2014; Collins, 2004; Moraes et al., 2015; Hosseini, Manzari, & Khaleghi, 2015).

O despreparo psicológico constitui importante fator adverso à execução rotineira de atividades dos profissionais de saúde, especialmente quando precisam transmitir ou obter informação com familiares de potenciais doadores. Estes dados são corroborados por Souza et al. (2013) que, ao entrevistarem enfermeiros de uma UTI, apontam que identificar um paciente em ME provocava uma situação ameaçadora entre os profissionais, pela dúvida do diagnóstico, pelo medo da própria morte e pela sensação de fracasso enquanto profissionais de saúde.

Cavalcante et al. (2014), Ronayne (2008) e Moraes et al. (2015) também analisaram o significado da percepção de finitude nas atividades cotidianas de enfermeiros de UTI e envolvidos com a manutenção de pacientes potenciais doadores. Os profissionais referem contato com diferentes recortes do tema da finitude: a própria vulnerabilidade, a dependência do outro e a transitoriedade da matéria. Estas questões apareciam, com maior evidência, quando o paciente guardava características semelhantes às do profissional, tais como gênero e faixa etária.

Ademais, outra potencial dificuldade ao processo de captação de órgãos e tecidos se refere ao perfil do paciente em ME, fator de objeção ao diagnóstico, uma vez que, em boa parte dos casos, o paciente é jovem ou sem doenças crônicas conhecidas (Powell, 2014; Nicely & De Lario, 2011; Ronayne, 2008; Sadala et al., 2006; Moraes et al., 2015; Oroy et al., 2013). Ou seja, em condições habituais, não se esperaria que pacientes jovens estivessem em condição de ME.

Pestana et al. (2012) apontam maior percepção de frustração, por parte da equipe, quando o paciente em ME vai a óbito antes de se tornar um doador de órgãos, ou seja, antes de possibilitar, por meio da doação, a chance de tratamento (e cura) a outros pacientes.

É a dificuldade de compreensão do conceito de ME, por parte da família, a principal causa da não doação de órgãos. “Os envolvidos não conseguem entender que um corpo que

possui batimentos cardíacos, que respira (sob controle de equipamentos) e que, às vezes, ainda possui temperatura, esteja morto” (Pessoa, Schirmer, & Roza, 2013, p. 327; Kocaay et al., 2015; Ríos et al., 2007; Kim, Fisher, & Elliot, 2005; Martínez-Alarcón et al., 2009; Lee, 2011; Ronayne, 2008; White, 2003). Diversas vezes, o paciente em ME, pode parecer mais saudável do que o paciente em estado crítico, internado no leito ao lado, na mesma UTI. Em suma, “o paciente em ME não parece com a maneira que nós imaginamos uma pessoa morta” (Powell, 2014, p. 265; Pearson et al., 2001; Sadala et al., 2006).

É importante, ainda, caracterizar o caráter estressante das atividades de alguns profissionais de saúde. Sabe-se, por exemplo, que o trabalho em instituições hospitalares é, por si, caracterizado como de alto potencial de estresse (Guido, Linch, Andolhe, Conegatto, & Tonini, 2009). A equipe de enfermagem, responsável pelo cuidado a pacientes em ME, percebe seu trabalho como de grande responsabilidade “onde nada pode dar errado” (Pestana, Santos, Erdmann, Silva, & Erdmann, 2013; Cavalcante, Ramos, Araújo, Alves, & Braga, 2014; Flodén, Berg, & Forsberg, 2011).

Quando referimos o trabalho de profissionais de saúde com pacientes em ME, um foco de atenção se diferencia de modo peculiar: o profissional lida, diretamente, com a vida e a morte. Diante de uma condição de ME, irreversível, o profissional identifica a morte e, ao mesmo tempo, encara a vida, representada pela vitalidade de órgãos, ainda em funcionamento e que podem ser transplantados. Nesta situação, a manutenção hemodinâmica do paciente é o que possibilita condições propícias ao transplante (Guido et al., 2009; Hadders & Alnaes, 2013; Pestana et al., 2013; Moraes, Santos, Merighi, & Massarollo, 2014; Pestana, Erdmann, & Sousa, 2012; Monforte-Royo & Roqué, 2012; Cavalcante et al., 2014; Oroy, Stromskag, & Gjengedal, 2013; Flodén et al., 2011). Esse procedimento, no entanto, pode mascarar a percepção da família acerca do que significa a condição de ME, motivo pelo qual uma adequada compreensão

do conceito parece essencial à execução das tarefas de comunicação, captação e transplante de órgãos (Cappellaro et al., 2014; Araújo & Massarollo, 2014; Nicely & De Lario, 2011; Collins, 2004; Moraes, Neves, Santos, Merighi, & Massarollo, 2015).

Após a recusa dos familiares, é a manutenção deficitária dos potenciais doadores, a segunda principal causa de não doação de órgãos (Lemes & Bastos, 2007). Souza et al. (2013) ressaltam que avançados aparatos técnicos, que possibilitam a manutenção do potencial doador, exigem que os profissionais de saúde sejam hábeis no manuseio de equipamentos e medicações, com assistência contínua e de alta qualidade. A manutenção deficitária de potenciais doadores pode ser resultado de inadequada formação acadêmica, certo descaso com o doador que fica em “segundo plano” e/ou recursos físicos insuficientes, ou obsoletos, do sistema de saúde. Tais fatores podem, ainda, dificultar a comunicação com a família, que no momento da entrevista para captação de órgãos, pode questionar a qualidade do atendimento disponibilizado ao paciente (Moraes et al., 2014).

Somado à dificuldade da população leiga de compreender o que é ME, há de se considerar, também, as dificuldades encontradas pela própria equipe de saúde. A despeito da Resolução N° 1.826, de 24 de outubro de 2007, do CFM, determinar que, após entrevista da família e negativa para doação de órgãos, deverão ser suspensos todos os procedimentos de suporte terapêutico, isto pouco acontece na prática. A realidade, que a literatura aponta, nestes casos, é de uma gradativa retirada destes procedimentos de suporte: suspende-se a dieta, a administração de antibióticos e drogas vasoativas. Contudo, mantém-se a ventilação mecânica. Este manejo culmina por prolongar a permanência do não doador numa UTI. Ademais, esta situação aumenta os custos financeiros para o sistema de saúde, prolonga o desgaste emocional da família e ainda pode gerar desconfiança entre profissionais quanto à validade do diagnóstico

de ME (Santos, Moraes, & Massarollo, 2012). Este é mais um momento de potencial sofrimento para a equipe de saúde.

Segundo Araújo e Massarollo (2014), em um estudo com enfermeiros de um hospital de São Paulo, a retirada do ventilador mecânico de uma pessoa com coração batendo - mesmo que já declarada morta - “gera a impressão de que ele está terminando de fazer algo, sendo sentido como se estivesse “matando” o paciente” (p. 217). As autoras ainda apontam que, muitas vezes, o profissional não desliga o ventilador por receio de conflitos com familiares e problemas legais, somado ao despreparo da sociedade para aceitar tal procedimento.

As informações sugerem que a resistência à aceitação de ME, equivalente à morte, se faz apenas no caso de não doadores. Na hipótese de aceitação familiar à doação, a literatura não refere casos de questionamento do diagnóstico e de hesitação à retirada dos órgãos (Araújo & Massarollo, 2014; Sadala et al., 2006). A seguir, apresentam-se alguns elementos que analisam o processo de comunicação de ME aos familiares de pacientes nesta condição.

O processo de Comunicação e Implicações para a Equipe de Saúde

Sabe-se que comunicação é um processo que envolve o compartilhamento de mensagens, verbais e não verbais, enviadas (fonte emissora) e recebidas (a quem se destina, receptor). No contexto de cuidados com a saúde, este processo não é simples, envolve interação de concepções, informações, atitudes e emoções daqueles que se comunicam (Coriolano-Marinus, Queiroga, Ruiz-Moreno, & Lima, 2014).

Um processo de comunicação eficaz “reduz as incertezas, os medos e constitui uma ajuda fundamental na aceitação da doença e participação ativa em todo o processo de tratar/cuidar” (Pereira, 2005, p.35). Coriolano-Marinus et al. (2014) ressaltam que a comunicação efetiva também propicia a criação de uma relação terapêutica e prática de

promoção de saúde. A comunicação, no âmbito da saúde, tem a intenção de estimular a reflexão e a conscientização, com o conseqüente maior empoderamento e emancipação, individual ou coletiva de todos os envolvidos. A característica forte da comunicação é proporcionar *educação em saúde* (Ferraz, Silva, Silva, Reibnitz & Backes, 2005; Moreira, Nóbrega & Silva, 2003; Queiroz, Dantas, Ramos & Joge, 2008; Salles & Castro, 2009; Coriolano-Marinus et al., 2014).

Entende-se por *educação em saúde* qualquer combinação de (múltiplas) experiências de aprendizagem, planejadas sistematicamente, a fim de possibilitar e reforçar ações voluntárias úteis à saúde (Candeias, 1997). As teorias de comunicação em saúde são referidas com a finalidade de entender, explicar e prever crenças, atitudes e comportamentos saudáveis (Cameron, 2009).

Ainda nas décadas 1980 e 1990, a comunicação em saúde estava alicerçada em bases filosóficas do modelo biomédico - guardava princípios mais autoritários e independentes de contexto no qual eram executadas as comunicações. A comunicação se caracterizava por um processo de transmissão de informações no sentido daquele que detém o conhecimento (emissor, geralmente, um médico) para outro indivíduo (receptor, geralmente um paciente), que não possuía o mesmo papel hierárquico (Queiroz et al., 2008; Coriolano-Marinus, 2014). A comunicação no modelo biomédico se assemelha ao que Straub (2014) denominou de *modelo atividade-passividade*. Neste, o profissional de saúde assumia um papel paterno, ativo e superior, e tratava o paciente como um indivíduo passivo, que necessitava de uma pessoa madura para direcionar e fiscalizar os cuidados com sua saúde.

Recentemente, na perspectiva de uma *educação em saúde emancipatória*, observa-se uma tendência de o profissional de saúde abordar o cliente (uma pessoa) para identificar suas necessidades, gerais e específicas e, então, orientá-lo em direção a escolhas propositais/intencionais. Desta forma, observa-se que, nos últimos anos, os pressupostos da

educação em saúde emancipatória passaram a relacionar-se a uma comunicação mais dinâmica e reflexiva, com a premissa de que a simples transmissão da informação não assegurava mudanças comportamentais significativas entre profissionais e pacientes (Queiroz et al., 2008).

Portanto, a educação emancipatória em saúde, além de informar, também pretende entreter, fornecer suporte emocional e incentivar o envolvimento ativo da comunidade e a interação dos profissionais de saúde com o indivíduo, permitindo processos de tomada de decisão mais seguros, podendo ser aplicado às situações de comunicação de ME.

Coriolano-Marinus et al. (2014), em estudo de revisão integrativa, indicam as principais barreiras à comunicação em saúde: dificuldades provenientes de linguagens e saberes não compartilhados entre profissionais de saúde e usuários; imposição de valores, por vezes com indução de respostas; falsa tranquilização; mudança súbita de assunto; julgar comportamentos do usuário; uso de linguagem inacessível; não saber ouvir; além de diferenças socioculturais entre os envolvidos.

Em consonância com Coriolano-Marinus et al. (2014) e sabendo que a comunicação é uma ferramenta indispensável à prática dos profissionais de saúde, Ferraz et al. (2005) destacam que profissionais de saúde e pacientes devem estar atentos à capacidade transformadora da educação em saúde e não podem conceber o saber do senso comum como inferior e de fácil superação por conhecimentos da ciência. O conhecimento do senso comum não pode ser descartado, mas, ao contrário, deve ser aperfeiçoado e/ou adaptado ao saber científico. Desta forma, ressaltam que a educação em saúde deve garantir quatro pilares de aprendizagem: (a) aprender a conhecer o contexto de vida da população; (b) aprender a agir, de modo sustentável, sobre o contexto; (c) aprender a viver com pessoas diferentes; e (d) aprender a ser, para além de permutar informações, com transformação crítica e democratização de empoderamento.

Ao transpormos esses pilares para a comunicação de ME aos familiares de um paciente, por exemplo, podemos pensar que o profissional de saúde deve explorar o contexto de vida dessa família, levantando dados acerca dos sistemas de crenças que esses usuários mantem acerca do mundo. Especificamente neste contexto, é importante que o profissional saiba, também, sobre o contexto em que a morte ocorreu e qual a significação que os familiares fazem deste morrer. Ademais, pode ser prudente que o profissional que comunica uma ME respeite os conteúdos e valores filosóficos que a família abordar no momento de comunicação, buscando esclarecer crenças irrealis (por exemplo, de que o paciente está vivo - percepção comum de leigos ao ver o corpo mantido por aparelhos externos). Idealiza-se que esta comunicação, se pautada em estratégias eficazes, permite que os familiares tenham acesso ao conteúdo comunicado de forma compreensível, permitindo que a decisão de doar, ou não, os órgãos seja feita de maneira consciente, possibilitando um desfecho de luto normal.

A comunicação de más notícias ainda é questão delicada no âmbito da saúde. Compreende-se uma “má notícia” como “qualquer informação transmitida ao paciente ou a seus familiares que implique, direta ou indiretamente, em alguma alteração negativa na vida destes” (Lino, Augusto, Oliveira, Feitosa, & Caprara, 2010, p. 53). Comunicar a morte, portanto, é comunicar algo que invariavelmente trará sofrimento a outro e, eventualmente, a quem comunica (Monteiro et al., 2015).

Uma tarefa dos profissionais, anterior e essencial ao processo de obtenção de consentimento à doação de órgãos, é a comunicação do diagnóstico de ME a familiares do paciente. No entanto, a maneira como a comunicação ocorre pode representar um problema (Powell, 2014).

Lino et. al (2011) em estudo que buscava compreender, por meio de entrevistas, a percepção de estudantes de medicina sobre um protocolo de comunicação de más notícias,

demonstrou a dificuldade dos alunos em lidar com a transmissão de informações adversas. De acordo com os participantes, “o médico realmente não sabe como se comportar durante todo o procedimento” (p. 54). Não apenas no que se refere ao conteúdo da notícia, mas a situação é potencialmente estressante ao profissional de saúde pelo receio de ter que enfrentar reações emocionais de pacientes e familiares e ter de gerenciá-las de alguma maneira (Lino et. al, 2011; Monteiro et al., 2015). Além disto, raiva e hostilidade dos pacientes são respostas comuns e, geralmente, direcionadas ao profissional (Pereira, 2005), que também têm receio sobre como se comportar diante destas contingências. Por outro lado, essas situações também fazem com que médicos aprendam a enfrentar suas próprias emoções e a noção de sua finitude (Lino et. al, 2011; Monteiro et al., 2015).

Silva (2009), em estudo de revisão sobre o sofrimento psicológico de profissionais de saúde na atenção ao paciente com câncer, destaca que doença, saúde e morte não são fatos objetivos, mas construções com significado a partir de cada sociedade. Desta forma, são conceitos que incluem construções subjetivas e os profissionais de saúde (que lidam com tais construções no trato diário) acabam sendo diretamente afetados por situações que mobilizem o lado emocional, muitas vezes de forma intensa, provocando considerável grau de sofrimento. Isto pode acontecer, por exemplo, quando o profissional se identifica com o paciente e sua experiência, percebendo-se impotente e frágil. De acordo com Silva (2009), uma estratégia de defesa é o pensamento mágico de onipotência, o que impede que medidas melhor adaptativas encontrem espaço.

Ainda para Silva (2009), fatores de risco para o sofrimento psicológico de profissionais de saúde incluem: (a) o contato frequente com a dor e o sofrimento, bem como com a morte e o morrer; (b) encarar situações com a intimidade corporal e emocional; e (c) lidar com limitações do conhecimento científico (por exemplo, como ocorre quando a possibilidade de

cura não é mais viável e o profissional se depara com o papel de *cuidar*). Esses fatores, ao serem percebidos pelos profissionais de saúde, podem representar vivências de extrema angústia.

Percebe-se quão frequente e presente estão todos os fatores de risco descritos na rotina das equipes de saúde que lidam com pacientes em ME e seus familiares, devendo ser, esses grupos, populações alvo de estudos que contemplem o sofrimento psicológico e suas implicações. Permitir espaço de escuta tanto nas instituições formadoras quanto nas de atuação destes profissionais pode ser “uma alternativa para que o sofrimento seja compartilhado, acolhido e elaborado” (Silva, 2009, s/p).

Autores (Cappellaro et al., 2014; Nicely e De Lario, 2011; Cavalcante et al., 2014; Anker, Feeley, Friedman, & Kruegler, 2009; Moraes et al., 2015; Flodén et al., 2011; Salladay, 2002) ressaltam que os profissionais devem ser hábeis para sanar as dúvidas de familiares em relação ao diagnóstico e ao processo de captação de órgãos, estando dispostos a “um senso de dever, responsabilidade e compromisso” (Cappellaro et al., 2014, p. 951), e proporcionando proximidade e abertura para que os familiares expressem suas necessidades (Cavalcante et al., 2014). Destaca-se, ainda, por parte dos profissionais de saúde, a necessidade do trabalho multidisciplinar, eficaz e efetivo na dinâmica de doação de órgãos para transplante.

Nicely e De Lario (2011) destacam, ainda, a importância do profissional de saúde dispor de tempo com a família de um paciente potencial doador, permitindo que estes elaborem suas perguntas e obtenham respostas. Adicional a isto, seriam ferramentas do profissional a escuta ativa e a capacidade de fornecer respostas concisas e claras. Moraes e Moraes (2012) reforçam, também, o papel educativo que os profissionais de saúde podem assumir na discussão sobre ME. Estas autoras afirmam que a informação disponibilizada pelo profissional deve provocar impacto positivo à família, sendo considerada fator de promoção à doação.

Em um estudo que buscava levantar as principais causas da recusa familiar à doação de órgãos, realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), pesquisadores entrevistaram, com roteiros estruturados e validados por profissionais de saúde da área de doação e transplante, 42 famílias (de um total de 182) que se recusaram a autorizar a doação de órgãos de seus parentes, nos anos de 2009 e 2010. Destas, 43% acreditavam que o tempo para a tomada de decisão (quanto a doar ou não os órgãos) foi insuficiente. Quando perguntados se mudariam de opinião, depois de terem mais tempo e mais informações, 67% relataram que, no momento da entrevista, optariam pela doação. Deste percentual, 93% justificaram a mudança de posicionamento por saberem, no momento da pesquisa, que a doação ajudaria a salvar outras vidas (Pessoa, Schirmer, & Roza, 2013).

Pelleriaux et al. (2008) e Oroy et al. (2013) corroboram esses achados, evidenciando o quanto as situações de comunicação entre profissionais e familiares podem ser delicadas. Para estes autores, um elemento potencialmente estressante, na interação com os familiares, é escolher o momento ideal de abordar a família (*timing*). Nos achados de Oroy et al. (2013), discute-se que o momento mais propício para abordar a família seja a partir da demanda que esta apresenta ao profissional de saúde, e este deve responder a indagações. Isto significa dizer que cada família apresenta um *timing* adequado para abordagem, cabendo ao profissional de saúde interpretar a situação. Os autores descrevem, ainda, a possibilidade da comunicação de ME e o assunto doação de órgãos serem realizados em momentos distintos. Faz-se necessário destacar que ainda que estes temas sejam abordados em momentos diferentes, deve-se ter certeza acerca do prognóstico do paciente. Outra possibilidade, apresentada no estudo, foi a de comunicar a ME, proporcionar tempo e espaço para que os familiares se “reorientem” com as novas informações e, a partir da demanda “o que temos para fazer?” introduzir a temática da doação de órgãos.

Ferraz et al. (2005) apontam que o momento mais favorável para estabelecer um diálogo e um processo educativo ocorre quando pacientes e cuidadores procuram entender o que está acontecendo, ainda no processo de diagnóstico e/ou início do tratamento. Para tanto, destacam a necessidade de que todo profissional de saúde saiba explorar, cuidadosamente, a história de vida de seu paciente, buscando relações funcionais entre eventos e comportamentos, antes de tomar qualquer decisão sobre como intervir.

Por fim, ressalta-se que a adequação do vocabulário empregado pela equipe de saúde é um dos fatores imprescindíveis à boa comunicação. Isto equivale a dizer que a interação profissional-paciente deve ser construída a partir do contexto cultural e da capacidade de linguagem do paciente (Passamai, Sampaio, Dias, & Cabral, 2012). As barreiras de linguagem também abarcam o “esvaziamento” de conteúdo e o uso de eufemismos (Pereira, 2005). A literatura indica que é especialmente difícil, para médicos, usar as palavras “morte” e “morrer” na comunicação com pacientes em cuidados paliativos, por exemplo. O uso de eufemismos, neste contexto, visa evitar provocar ofensas ao paciente e seus familiares (Sleeman, 2013). Contudo, Monteiro et al. (2015) reforçam que o uso de eufemismos dificulta o entendimento da mensagem a ser comunicada. Os autores sugerem que o uso de eufemismos pode representar a recusa em se pensar na finitude, enfatizando o quanto a morte é permeada de preconceitos e estigmas para o próprio profissional de saúde (Monteiro et al., 2015).

Ainda no que se refere à linguagem, Powell (2014) destaca alguns equívocos comumente praticados por profissionais, no contexto de ME: (a) dizer, à família, que o paciente está ligado a equipamentos para “suporte de vida” (*life support*), quando, na realidade, os equipamentos mantêm o funcionamento dos órgãos (*organ support*) para viabilizar a doação, caso seja esta a opção da família; (b) afirmar que o suporte dos equipamentos está “mantendo vivo” o paciente até a chegada de um ente querido para despedida - contudo, o paciente já foi

declarado morto; e (c) requerer consentimento dos familiares para retirada de ventilação mecânica - uma vez que o paciente já está morto - não há necessidade legal de consentimento.

Monteiro et al. (2015), em estudo com 12 médicos de uma UTI do Rio Grande do Sul, identificou, entre as diversas denominações para “morte”, uma que remete à luta. Um dos entrevistados, ao comunicar a morte de um paciente para sua família, relatou: “*Eu acho que nós estamos perdendo a guerra*” (p. 561). Isto, de acordo com os autores do trabalho, fundamenta a percepção de fracasso do médico, uma vez que a “luta contra a doença” havia sido perdida.

Sleeman (2013) ressalta, ainda, que o uso das palavras “morte” e “morrer” pode ser benéfico para certos pacientes, proporcionando a estes - e seus familiares - maior clareza da condição clínica em que se encontram.

Esses equívocos podem, ainda, aumentar a necessidade de os familiares precisarem de mais tempo para assimilar e elaborar as novas, e estressantes, informações que estão sendo comunicadas pela equipe, especialmente quando incluem conteúdos potencialmente confusos e, especialmente, emocionalmente aversivos. Sleeman (2013) discute que falar clara e abertamente sobre morte e morrer, por mais difícil que seja, fortalece o vínculo entre profissional e paciente, além de permitir que o paciente faça escolhas conscientes acerca de sua vida. Transpondo isto ao contexto da doação de órgãos, equivale a dizer que abordar o tema da ME e da doação abertamente pode proporcionar que os familiares decidam conscientemente, facilitando o processo do luto.

A adequação da linguagem para comunicação com os familiares do paciente em ME perpassa, também, a adequação do ambiente em que será dada a má notícia. Brito e Prieb (2012) apontam, dentre as razões para a recusa da família à doação de órgãos, a comunicação deficitária

entre equipe e família, normalmente com uso de linguagem técnica, de difícil compreensão, e a abordagem em locais que não possibilitam privacidade e ausência de interrupção.

Jucks, Paus e Bromme (2012) apontam como um dos caminhos a ser trilhado, pelo profissional de saúde, com o objetivo de se comunicar com o paciente de forma compreensível inclui: (a) investigar e deduzir o atual estado de conhecimento do paciente; e (b) adaptar a maneira de se comunicar conforme o nível de conhecimento deste. Para verificar essas habilidades, ao longo do processo de comunicação, Jucks et al. (2012) avaliaram a capacidade de estudantes do quarto ano de medicina de deduzirem o conhecimento do paciente e a forma de comunicação adotada ao abordá-los. Os dados apontam que, embora o estudante demonstrasse habilidade para inferir o grau de conhecimento do paciente, não era garantido que tivesse sensibilidade suficiente para adaptar a maneira de se comunicar às necessidades dos mesmos. Assim, pode-se inferir que tão importante quanto demonstrar habilidades de comunicação, é a análise da epistemologia da ação, entendendo que a forma como o profissional aborda o conteúdo, se funcionalmente relacionado às necessidades do paciente, possibilitará níveis maiores de transformações comportamentais.

Os destaques referidos pela literatura permitem inferir que há falta de treinamento formal ao longo da trajetória dos profissionais de saúde. Autores apontam que, muitas vezes, a equipe de enfermagem não sente que teve o treinamento adequado para lidar com as demandas dos familiares enlutados, o que pode afetar a confiança da equipe e ser uma das razões pelas quais a comunicação de morte é percebida como uma tarefa tão difícil (Reid, McDowell, & Hoskins, 2012). Sleeman (2013) aponta a lacuna no ensino acadêmico sobre morte e questões correlacionadas, sendo estas temáticas “periféricas” nas grades curriculares dos principais cursos de medicina. Para este autor, uma das soluções é começar, nos currículos acadêmicos, a debater e ensinar sobre a morte e os cuidados com o final do curso de vida.

Contrários a esta perspectiva, destacando que, muitas vezes, o despreparo vai além da esfera teórico-prático, Monteiro et al. (2015) sugerem uma saída para este impasse.

Então, não se trata de alocar disciplinas sobre a morte no decorrer do curso de medicina. Não se trata de fazer cursos que ensinem a como lidar com estas situações. Trata-se de um lidar com a morte e o morrer de forma menos velada (...). Busca-se não mais colocar a morte em lugar escamoteado dentro do hospital e sim permitir falar sobre ela. Todos morrem. E viver nessa consciência é permitir ao médico que este ofereça um cuidado ao outro mais próximo. E a si, mais sincero.
(pp. 563-564).

Powell (2014) parece responder a este impasse. O autor acredita que, em primeiro momento, a equipe de saúde deve ser treinada acerca dos principais conceitos de ME e doação de órgãos, a fim de que possa fornecer informações claras às famílias dos PDs. Além disto, sugere a elaboração de materiais educativos adicionais a serem entregues aos familiares. Por fim, destaca a importância de treino para abordagem empática, aumentando a possibilidade de oferecer, às famílias, conforto.

Em consonância ao conteúdo apontado, percebe-se a extensão, profissional e pessoal, que os processos de comunicação assumem sobre as tarefas dos profissionais de saúde. Em função da possibilidade de múltiplas abordagens metodológicas para aplicação dos modelos de comunicação (incluindo vantagens e limitações de cada uma), destaca-se a necessidade de se conhecer e analisar de que maneira os profissionais que comunicam ME estruturam sua maneira de agir.

Objetivos

O objetivo do presente estudo foi analisar o processo de comunicação do diagnóstico de morte encefálica (ME), no contexto da equipe de Organização de Procura de Órgãos (OPO), do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES/DF), bem como das equipes de Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) dos demais hospitais de ensino da SES/DF (Hospital Regional da Asa Norte - HRAN, Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB, Hospital Regional do Paranoá - HRPa, e Hospital Regional de Sobradinho - HRS).

Além disto, constituíram objetivos secundários do estudo: (a) investigar como os profissionais de saúde, que efetuam as comunicações de ME, percebem e realizam esta tarefa; (b) identificar os fatores (pessoais, profissionais, acadêmicos, sociais e outros mencionados pelos próprios profissionais) apontados como favoráveis, ou desfavoráveis, para uma eficiente comunicação com os familiares dos pacientes; (c) investigar se os profissionais de saúde percebem carências em suas formações, acadêmicas e/ou profissionais, que limitem a tarefa de comunicação e a obtenção de consentimento para doação de órgãos e tecidos; (d) identificar os principais motivos para a recusa à doação de órgãos, referidos pelos familiares; (e) verificar intervalo entre diagnóstico ME e abordagem familiar; (f) verificar intervalo entre recusa familiar e retirada de suporte terapêutico; e (g) discrepância entre fechamento do protocolo de ME e preenchimento declaração de óbito.

Método

Participantes

Foram considerados aptos a participar da pesquisa os profissionais em efetivo exercício nas equipes OPO do HBDF e nas CIHDOTTs dos quatro hospitais de ensino (HRAN, HMIB, HRS e HRPa) da SES/DF (n = 27). Destes 27, apenas 20 responderam à entrevista. Os sete profissionais que não participaram foram excluídos por nunca terem realizado entrevista com familiares para obtenção de consentimento à doação de órgãos.

Todos os participantes foram convidados a participar da pesquisa, tendo acesso, verbal e escrito, aos objetivos e justificativas do estudo e, caso aceitassem, foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; Anexo 2), em duas vias.

Em conformidade com a Resolução N° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, sob CAAE 53538716.5.0000.5553, tendo sido aprovado pelo parecer número 1.440.623, em 07/03/2016 (Anexo 3).

Material e Método

O estudo, de natureza mista, transversal e investigativo, que foi dividido em duas fases: análise documental e entrevistas semiestruturadas. Para a primeira fase da pesquisa, realizou-se análise documental através de busca dos prontuários com registro de ME do ano de 2014, disponíveis no HBDF. Foram considerados apenas os prontuários que atendiam ao critério de não doadores por motivo de recusa familiar. Com esse procedimento, pretendeu-se verificar: (a) o intervalo, em dias, entre o fechamento do diagnóstico de ME e a abordagem familiar; (b) o intervalo, em dias, entre a abordagem familiar e a suspensão da ventilação mecânica; e (c) se

havia discrepância entre o horário do fechamento do protocolo de ME e o horário preenchido na declaração de óbito dos pacientes.

Para alcançar apenas os prontuários que correspondiam à não doadores por motivo de recusa familiar, a pesquisadora teve acesso a uma planilha, disponibilizada da OPO do HBDF, que constava todas as notificações de ME daquele ano. Assim, desconsiderou-se os prontuários de pacientes que foram a óbito antes da questão sobre doação de órgãos ter sido abordada com os familiares, tal como pacientes que foram contraindicados por motivos médicos a se tornarem potenciais doadores. Isto posto, a pesquisadora elaborou uma lista de prontuários a serem analisados. Esta lista foi conferida por um funcionário da equipe da OPO.

Para a segunda fase desta pesquisa, utilizou um roteiro de entrevista (Anexo 4), semiestruturado, aplicado individualmente aos profissionais de saúde identificados, para obtenção de informações sobre as seguintes variáveis: (a) papel e função de cada membro da equipe no processo de comunicação do diagnóstico de ME; (b) dados de contexto sociocultural e de dinâmica familiar, que são levados em consideração pelo profissional da equipe, no momento do diagnóstico de ME (por exemplo, grau de parentesco do familiar com o paciente, nível socioeconômico da família, religião - caso seja declarada -, nível de compreensão do conceito de ME, entre outros); e (c) indicadores de percepção de sofrimento, referidos pelo profissional, atrelados às tarefas da equipe de captação de órgãos. O roteiro de entrevista foi dividido em duas partes: na primeira parte, composta por nove questões abertas que buscavam compreender a realidade do trabalho do profissional (por exemplo, “Explique como você aborda os familiares de um potencial doador”; “o que você leva em consideração na sua forma de agir? Como estruturou esse procedimento?”). Além disto, ainda na primeira parte, a pesquisadora investigava as dificuldades e prazeres associados à tarefa (“Qual é a parte que você considera mais difícil no seu trabalho? E a mais prazerosa? Por quê?”) e a formação dos

profissionais para atuarem naquela equipe (“Já lhe foi oferecido algum curso de treinamento/formação para comunicação de morte encefálica?”).

Na segunda parte da entrevista, três questões de natureza técnica e de múltipla escolha eram formuladas aos entrevistados. A intenção da pesquisadora, ao acrescentar itens de conteúdo técnico, era analisar a prontidão de conhecimento, necessária para a execução ideal da tarefa, pelos profissionais. Estas questões solicitavam que os participantes respondessem: (a) quais funções cerebrais deveriam estar ausentes para diagnóstico de morte encefálica; (b) se havia, no Brasil, necessidade legal - ou não - de exames complementares para fechamento do diagnóstico de ME; e (c) como se determinava o horário de óbito de um paciente em ME. Por fim, ainda na segunda parte do roteiro, os participantes foram convidados a responder, em escala Likert, como percebiam sua própria segurança para explicar o diagnóstico de ME à família de um(a) paciente.

Todas as chefias responsáveis pelas equipes da OPO/HBDF e CIHDOTT dos hospitais HRAN, HMIB, HRPa e HRS foram contatadas e informadas previamente das entrevistas, permitindo o agendamento conforme a disponibilidade da pesquisadora e dos participantes.

Todas as entrevistas, com consentimento formal dos participantes, foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas, na íntegra, para análise de conteúdo por meio do processo de codificação, com a criação de categorias funcionais temáticas.

As transcrições foram realizadas por uma auxiliar de pesquisa, acadêmica do curso de Psicologia da Universidade de Brasília, e conferidas pela pesquisadora responsável que também se responsabilizou pelas correções necessárias. Além disto, enfatiza-se que a pesquisadora responsável estava presente em todas as entrevistas, tomando nota de silêncios e comunicações não verbais que aconteciam neste momento. Ressalta-se, ainda, momentos em que os entrevistados ficavam incomodados com o gravador de áudio (por exemplo, olhar fixo para o

aparelho e diminuição do tom verbal) e a pesquisadora pôde reforçar o termo de sigilo da pesquisa. Além disto, as comunicações não verbais foram utilizadas, posteriormente, como ferramenta de auxílio na determinação de qual categoria funcional o conteúdo analisado pertencia.

As categorias criadas foram propostas pela pesquisadora, a partir do conteúdo das entrevistas, e revisadas em pares. Os critérios para criação de categorias foram: o conteúdo ter sido gravado (assim, foram desconsiderados os conteúdos comunicados à pesquisadora ao fim da gravação) e ser conteúdo relativo ao propósito da pesquisa.

Com base nestes critérios, a pesquisadora apresentou as categorias, em sua totalidade, para a auxiliar de pesquisa, estudante de graduação familiarizada com o projeto de pesquisa e bolsista do Programa de Iniciação Científica da Universidade de Brasília (Programa ProIC/UnB/CNPq). Neste momento, a díade pôde unificar categorias que diziam respeito a conteúdos correlatos, bem como eliminar aquelas categorias que não estavam fundamentadas em verbalizações dos participantes e ajustar eventuais divergências. Todo o processo foi acompanhado pelo orientador de mestrado, que teve acesso às categorias, divergências, e propôs as alterações necessárias.

Resultados

Os Resultados estão divididos em subtópicos com objetivo de tornar a leitura mais fluída. Na subseção sobre dados sociodemográficos o leitor pode encontrar a descrição de características pessoais dos profissionais entrevistados.

Quanto à coleta documental dos prontuários, foram efetuadas as seguintes subdivisões: (a) distribuição dos casos nas esferas público e privado; (b) perfil dos não doadores; (c) motivos do óbito; (d) motivos para a recusa à doação; e (e) intervalo, em dias, para a comunicação com a família e intervalo, em dias, para o desligamento do suporte terapêutico após a recusa familiar. Um resumo da Tabela de análise documental elaborada para esta dissertação pode ser encontrada na subseção.

Em relação aos dados obtidos com a análise das entrevistas, o capítulo está dividido da seguinte forma: questões técnicas sobre o diagnóstico de ME (por exemplo, horário de óbito de um paciente em ME, condução do protocolo e conhecimento das funções cerebrais que devem estar ausentes para declarar condição de ME) e a análise do conteúdo das entrevistas, apresentada em Tabelas subsequentes.

Análise Documental de Prontuários

Quanto à etapa de análise documental, foram considerados todos os prontuários de 2014, de pacientes com diagnóstico confirmado de ME, disponibilizados pela equipe de Organização de Procura de Órgãos (OPO), do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), em que houve abordagem e recusa familiar para a doação de órgãos.

As informações coletadas integraram um banco de dados, criado pela autora desse projeto, com os seguintes campos de preenchimento: (a) identificação de cada paciente; (b) data de nascimento; (c) motivo do óbito; (d) data e hora do fechamento do diagnóstico de ME; (e) data e hora da abordagem/comunicação aos familiares; (f) data e hora da parada cardíaca; (g) data e hora preenchidas no atestado de óbito; e (h) hospital em que o paciente estava internado.

As informações que não estavam disponíveis nos prontuários, disponibilizados pela equipe de OPO, foram buscadas em outras fontes de dados, incluindo: (a) relatório de registro da equipe de OPO; (b) sistema de prontuário eletrônico (*trakcare*) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF); e (c) prontuários físicos individuais de cada paciente. Por fim, para os prontuários que permaneciam incompletos, buscou-se a Declaração de Óbito junto à Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP), da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. Abaixo, o leitor pode encontrar um exemplo da Tabela produzida para análise documental:

Tabela 01

Análise documental dos prontuários de ME referentes ao ano de 2014

Número SES	Nascimento	Sexo	Data diag ME	Hora diag ME	Óbito	Data abord	Hora abord	Data deslig equip	Hora deslig equip	Data e hora declaração óbito	Unidade responsável
-----	-----	M	11/04	13h15	AVCH	12/04	09h20	13/04	11h20	não consta	HRSM

Distribuição dos casos (público vs. privado)

Cumpridas as etapas de coleta e registros documentais, obteve-se uma amostra de 77 prontuários. Destes, 51 pacientes estavam, no momento do falecimento, no HBDF, maior e principal hospital de atenção terciária dos Distrito Federal e segundo maior hospital, em número de leitos, da região Centro-Oeste do Brasil. Treze pacientes estavam em hospitais regionais, da rede pública de saúde do Distrito Federal. Outros dez pacientes estavam internados em hospitais particulares e apenas três pacientes encontravam-se em hospital de natureza filantrópica.

Perfil dos não doadores

Dos 77 casos identificados, 48 eram homens e 29 mulheres. A maior frequência (n = 16) era de pacientes entre 40 e 49 anos, seguido de 14 pacientes entre 50 e 59 anos e 13 com idades entre 20 e 29 anos. Na sequência decrescente, 10 pacientes tinham entre 60 e 69 anos; sete entre 70 e 79 anos e outros sete entre 30 e 39 anos; seis pacientes tinham entre 10 e 19 anos e quatro casos eram de crianças de até nove anos.

Motivo do óbito

Mais da metade das mortes se deu em decorrência de acidentes vascular cerebral, sendo 35 do tipo hemorrágico (AVCH) e 9 do tipo isquêmico (AVCI). O traumatismo crânio-encefálico (TCE) provocou 23 dos óbitos. As demais causas de óbito incluíam: anóxia (n = 4), hipertensão intracraniana (n = 3), complicações pós cirúrgicas (n = 2) e intoxicação (n = 1).

Motivo para recusa

Quanto aos motivos para recusa à doação de órgãos, os dados obtidos permitiram a identificação de 11 categorias temáticas. Independentemente de fazerem sentido lógico e/ou de

estarem, ou não, embasadas por justificativa(s) científica(s), técnica(s), ou de crenças de qualquer natureza, foram assim classificadas:

Tabela 02

Motivos referidos para recusa à doação de órgãos

MOTIVO PARA RECUSA	FREQUÊNCIA (n)
Sem justificativa	40
Paciente era declarado não doador em vida	14
Demora para liberação do corpo	9
Família não aceitou/não compreendeu diagnóstico de ME	5
Motivos religiosos	4
Desejo de preservar integridade do corpo	3
Familiares acreditavam que o paciente não estava em condições físicas ideais para a doação dos órgãos	2
Familiares acreditavam que o paciente já estava morto antes da abordagem da equipe	1
Inviabilidade legal	1
Familiares manifestam-se contrários à doação de órgãos	1
Familiares tem receio de que os órgãos venham a ser objeto de tráfico/comercialização	1

Ressalta-se que na categoria “Sem justificativa” foram considerados todos os prontuários que não apresentavam motivo para recusa, seja por registro indevido da equipe ou por não haver justificativa explicitada por parte da família.

Deve-se destacar que, para esta análise, todos os motivos referidos foram considerados, incluindo casos de familiares que apontaram mais de um motivo para se posicionarem contrários à doação de órgãos.

Intervalo de tempo necessário para comunicação com a família

As informações inseridas no banco de dados permitiram contabilizar a diferença de dias entre o fechamento do protocolo de ME e a abordagem para entrevista com os familiares. Na maior parte dos casos (n = 39), a equipe responsável (OPO ou CIHDOTT) realizou a entrevista com os familiares do potencial doador no mesmo dia do fechamento do diagnóstico. Em outras 35 ocorrências, a equipe abordou a família no dia seguinte ao fechamento do protocolo.

Em dois casos, os familiares foram entrevistados dois dias após fechamento do protocolo e, em apenas um caso, a equipe demorou quatro dias para realizar a entrevista com os familiares.

Intervalo de tempo entre entrevista familiar e desligamento dos equipamentos de manutenção de vida corporal

Neste item, verificou-se uma dificuldade para a categorização dos dados. Em alguns prontuários, não estava explícito se a parada cardíaca (PC) se deu por retirada de suporte terapêutico, conforme previsto por lei, ou por decorrência das condições clínicas do paciente. Desta forma, os pacientes foram agrupados apenas em relação ao tempo decorrido entre a recusa familiar e a parada cardíaca. Em 33 casos, os equipamentos foram desligados no mesmo dia da entrevista familiar. Em seis casos, os equipamentos foram desligados no dia seguinte à abordagem familiar e em um caso o paciente ficou mantido, sob suporte terapêutico, por dois dias, após recusa dos familiares à doação de órgãos. Os outros 37 prontuários estavam

incompletos e não apresentavam dados sobre a evolução da equipe de saúde em relação à ocorrência de parada cardíaca.

Dados sociodemográficos

A idade média dos participantes foi de 42,71 anos, tendo o participante mais novo 25 anos e o mais velho 65 anos. Dos 20 participantes, sete eram médicos com residência em terapia intensiva. Nove eram enfermeiros e destes oito tinham ou estavam, no momento da entrevista, concluindo cursos de pós-graduação. Três eram técnicos de enfermagem e uma era assistente social. Foi considerada o nível mais alto da formação acadêmica referido, independentemente do cargo que o participante ocupava na equipe. Por exemplo, os participantes que exerciam cargo de enfermeiro(a) ou de médico(a) e já haviam concluído algum curso de pós-graduação foram categorizados como “pós-graduados”. O mesmo aconteceu nos casos dos profissionais que possuíam formação superior (por exemplo, em enfermagem), mas assumiam, na equipe, cargo técnico (por exemplo, técnico em enfermagem).

O tempo médio de trabalho com a equipe de CIHDOTT foi de 2,78 anos. No momento da realização das entrevistas, o participante com menos experiência trabalhava na equipe há dois meses, e o mais experiente, compunha a equipe há dez anos.

Questões da Entrevista Sobre Conhecimento Técnico

Quanto à questão referente a quais funções cerebrais deveriam estar ausentes, para ser declarada uma ME, 12 participantes acertaram a resposta, seis erraram e dois responderam que não tinham tal conhecimento. Entre aqueles que erraram a resposta, cinco acreditavam que o diagnóstico de ME se baseava na perda irreversível de toda a função cortical. De fato, a ausência das funções corticais deve ser constatada, mas, é necessário, ainda, que o(a) paciente apresente perda irreversível de toda as atividades do tronco cerebral. Um participante ainda respondeu

que as funções cerebrais que deveriam estar ausentes para declarar ME eram variáveis conforme a lei.

Quanto à identificação do horário de óbito de um paciente em ME, todos os 20 participantes acertaram a resposta, indicando que o horário de óbito era o horário da realização do último exame. Todos os participantes também referiram a necessidade legal dos exames complementares para confirmação do diagnóstico de ME no Brasil.

Quando os participantes foram arguidos quanto ao nível de percepção de segurança pessoal, para realizar entrevistas com familiares de um paciente em ME, variando entre UM (nenhuma segurança), DOIS (pouca segurança), TRÊS (suficiente segurança), QUATRO (bastante segurança) e CINCO (máximo de segurança) a média obtida foi de 3,29. Dez profissionais indicaram “máximo de segurança” (nível 5), sete profissionais indicaram nível 4, dois profissionais escolheram nível 3 de segurança na comunicação. Um profissional se restringiu a responder que considerava a tarefa “bem tranquila”, não indicando um valor da escala. Os níveis 1 e 2, que representavam níveis mais baixos ou ausentes de segurança, não foram referidos por qualquer profissional.

Análise de Conteúdo das Entrevistas

A partir da análise de conteúdo das entrevistas, são apresentadas, a seguir, todas as categorias temáticas que foram criadas, bem como suas respectivas frequências.

Adiante, cada categoria é apresentada numa tabela, com os respectivos nomes, descrições funcionais, frequências em que foram registradas e, pelo menos, um exemplo que ilustra a categoria. Explicações adicionais, de conteúdo das entrevistas, encontram-se em textos específicos, após as tabelas.

Para fins de organização desta subseção de Resultados, os profissionais entrevistados são referidos pela letra maiúscula 'P', seguido de um algarismo, designado aleatoriamente a cada um (P1, P2...P20), a fim de manter preservado suas identificações.

Tabela 03

Apresentação de todas as categorias funcionais

CATEGORIA	FREQUÊNCIA
Foco no receptor	19
Curso formal	18
Experiências do dia a dia	15
Idade PD	14
Explicação protocolo ME	11
Carga emocional atrelada à tarefa	11
Restrições técnicas/estruturais	10
Conhecimento prévio	9
Explicação do diagnóstico de ME	9
Estado emocional do familiar	8
Considerações sobre a morte	8
Apresentação	7
Grau de parentesco	7
Histórico de atendimento	6
Religião da família/PD	6
Contexto da morte	6
Nível sociocultural	5
Setting	5
Estigmas	5
Conflitos de interesse	4
Condução indevida do protocolo de ME	4
Relações entre equipes	3
Excesso de carga horária	2
Reflexo de Lázaro	2
Considerações sobre espiritualidade dos profissionais	2
Informações conflitantes	2
Divergência entre familiares	1
Vínculo (do profissional) com a família	1
Desejo do PD	1
Necessidade de apoio psicológico	1
Assinar documentação antes do fechamento do protocolo	1
Dúvida em relação ao diagnóstico de ME	1
Dificuldade de desligar equipamentos de manutenção de vida	1
Direito ao cadáver	1

Tabela 04

Elementos da rotina relatada pelos profissionais

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA	EXEMPLO
Apresentação	Maneira/momento em que o profissional se apresenta (se identifica), como membro da equipe, para os familiares do(a) paciente em ME	7	Senhora Isabela, sou médica da unidade, né? Nós acompanhamos seu filho aqui durante a internação, diariamente nós ‘vinhamos’ conversando sobre o quadro da criança... P2
Explicação do protocolo de ME	Profissional descreve e esclarece etapas necessárias para reconhecimento da condição de ME.	11	A gente fez dois exames clínicos, um exame complementar, pra definir esse quadro aí. Explico o procedimento que foi feito, que foi feito por equipe de fora do hospital, que vem pra fazer esse exame. P5

Tabela 04 (continuação)

Elementos da rotina relatada pelos profissionais

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA	EXEMPLO
Explicação do diagnóstico de ME	<p>Explanação dos critérios diagnósticos com linguagem acessível aos familiares.</p> <p>Frequentemente, os profissionais usam sinonímias e metáforas com objetivo de tornar a explicação mais próxima da compreensão dos parentes.</p>	9	<p>Você entende que o cérebro é o órgão que é o maestro de todo o corpo, que ele que coordena tudo isso e que ele morreu? Uma vez que ele morreu os órgãos ainda estão funcionando porque tá recebendo o suporte de medicações e o suporte de equipamentos que tão mantendo a vida daqueles órgãos. Mas vai chegar um momento que por falta do maestro, aquele que coordena, os órgãos vão entrar em falência, porque eles estão trabalhando de forma desordenada, então a gente procura explicar isso também pra família, né? P12</p>

A Tabela 04 apresenta três categorias que descrevem a rotina de comunicação dos profissionais de saúde com os familiares, conforme relatado nas entrevistas.

Ao abordar a família, para explicar o diagnóstico de ME, os profissionais relataram preferir adotar uma linguagem acessível para aproximar-se, mais facilmente, da realidade dos familiares.

“Eu tenho que explicar pra ele o que aconteceu. ‘Olha, como que aconteceu esse edema?’. Ai eu começo falando ‘olha, foi que nem no braço. Quando a gente tem uma lesão, um baque’, vamos colocar assim pra que ele entenda, ‘ele incha e a gente vê todo aquele edema, aquele inchaço. Na cabeça, quando ele incha, ele comprime tudo e não deixa passar o fluxo. É como se fosse um cano que vai levando todo o oxigênio e se fecha aquilo ali, não tem como passar’. Às vezes, eu acho que chega a ser lúdico”. P7.

Este momento acontece, na prática, de forma simultânea à explicação do protocolo, não havendo uma ordem pré-estabelecida sobre qual questão abordar primeiro.

Uma questão adicional sobre o conteúdo da categoria “Explicação do protocolo de ME” é que ainda que mais profissionais afirmem explicar o protocolo para as famílias, esta etapa não está, necessariamente, associada à linguagem acessível, conforme pode-se perceber pelos exemplos a seguir:

“Foi uma suspeita e pra que se tenha uma confirmação a gente segue um protocolo de três exames com três médicos diferentes”. P7.

“Então assim, eu explico dentro do que aconteceu com o familiar dele né? As etapas, a situação que chegou e é..... Pergunto se tem dúvida no que eu falei”. P14.

“Então, está sendo feita uma sequência de exames, foi aberto o protocolo. E a gente está informando vocês de como está sendo o processo”. P15.

“Quando a gente aborda, o primeiro exame já foi feito, e que é necessário um segundo exame depois das seis horas, e que depois, um terceiro exame de imagem para confirmar”.
P16.

Por fim, pode-se destacar que apenas um terço ($n = 7$) dos profissionais relatou apresentar-se às famílias, antes de fornecer, ou colher, qualquer informação.

As Tabelas 05, 06 e 07 apresentam as variáveis para abordagem da família. Foram consideradas, como variáveis, todos os elementos do contexto, referidos pelos profissionais, que poderiam influenciar a maneira pela qual realizavam as entrevistas, tanto no que se refere ao conteúdo quanto à ordem de execução.

Tabela 05

Variáveis para abordagem dos familiares - questões relativas a comunicações anteriores

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA	EXEMPLO
Conhecimento prévio	Profissional verifica previamente, se há, entre os familiares, algum conhecimento, ou crença, sobre o diagnóstico de ME	9	E a primeira pergunta que eu faço é se eles já sabem como está o quadro do paciente. Não falo... a doação é o último tema que eu abordo. P8
Histórico de atendimento	Profissional resgata histórico de atendimento de cada paciente como fator doação, ou não, de órgãos. Esta categoria se refere, além dos atendimentos efetivos, à percepção dos familiares sobre os atendimentos que lhes foram prestados.	6	E tem um aspecto muito importante que é o atendimento que a pessoa recebeu no hospital, se foi um bom atendimento, se foi um atendimento humanizado, se a família percebeu que existiu realmente uma... como é que fala? Uma intenção de se fazer um bom atendimento, de recuperação, e eles compreendem isso rapidamente e ficam muito mais susceptíveis a fazer a doação. Então, se eles percebem que o atendimento não foi bem feito, a chance de doação é quase que zero. P19

Tabela 05 (continuação)

Variáveis para abordagem dos familiares - questões relativas a comunicações anteriores

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA	EXEMPLO
Informações conflitantes	Profissional de saúde refere que pode haver divergências de posicionamento, entre os profissionais, sobre como abordar os familiares.	2	Às vezes, os outros profissionais adiantam certas notícias que eram desnecessárias pra aquela situação. A pessoa acaba entendendo isso como algo negativo, como a gente não quer tratar o paciente, a gente não quer dar esperança, a gente.... Essa é a pior parte, assim... P17

A Tabela 05 apresenta as categorias que se referem a variáveis da história de atendimento do paciente e de informações que já haviam sido transmitidas aos familiares, antes da confirmação de ME, e que interferem sobre o processo de comunicação de ME, aos familiares, e obtenção do consentimento, ou não, para a doação de órgãos.

As categorias consideradas na Tabela 05 procuram abarcar a totalidade do processo de atendimento prestado ao paciente, no que se refere à transmissão de informações e comunicação em geral. Desta forma, na categoria “Conhecimento prévio”, por exemplo, o profissional coleta informações sobre quais conteúdos os profissionais da equipe assistencial (de UTI e/ou do Pronto Socorro) já haviam transmitido aos familiares.

“O médico conversou com você a situação do teu ente querido? Ele já falou pra você o que que aconteceu com ele?”. P12

“Então, o que foi passado pra você sobre a condição do fulano de tal? (...) Pra saber, então assim, se ela já sabe que já foi realmente concluído o protocolo de morte encefálica, se ela ainda tem alguma dúvida”. P9.

Por fim, a Tabela 05, na categoria referente ao “Histórico de atendimento” inclui exemplos que ilustram situações, ou ocorrências, que, na percepção dos profissionais de saúde, influenciam a decisão dos familiares sobre doar, ou não, os órgãos do paciente.

“Se o paciente foi mal atendido, você pode ter certeza que o resto está comprometido”. P10.

“Uma das coisas que impacta muito é como foi o atendimento, os primeiros atendimentos, como foram os primeiros atendimentos. Então, se aquele paciente que ficou numa regional esperando um exame, esperando o transporte e aí só depois que agravou ele conseguiu fazer uma tomografia pra fechar protocolo. Então, quanto antes pudesse ter alguma chance, tava doente, não conseguiu nada disso, então agora

consegue, então, isso aí você já tem que tá preparado que talvez seja uma coisa que a família, vai vir à tona, né? Essa revolta né, que é incompreensível né?”. P9

Tabela 06

Variáveis para abordagem dos familiares - aspectos da família

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA	EXEMPLO
Estado emocional do familiar	Profissional busca elementos, ao longo do contato com os familiares, que indiquem qual membro familiar encontra-se em estado emocional mais estável e pode se responsabilizar pela decisão de doar, ou não, os órgãos.	8	Geralmente, tento identificar dentro da família, quem tá ali que é o líder, como eles falam 'fdm', né? Family decision maker./ Sim, porque o pai e a mãe tão ali, desgastadíssimos, né, desesperados, com aquela cara... Então, geralmente, tem um tio, uma avó, um amigo da família que realmente assume pra ser... Ai eu tento estabelecer um vínculo com ele. P1
Grau de parentesco	A forma de abordar os familiares é variável em função do grau de parentesco do familiar entrevistado.	7	Assim, eu tenho que tentar entender quem é o parente mais próximo. O grau de parentesco pra eu direcionar a entrevista. P11
Religião da família/PD	Profissional refere situações em que dogmas religiosos, crenças e práticas religiosas, do PD e/ou dos familiares, influenciam o processo de tomada de decisão quanto à doação de órgãos.	6	Chegou aqui um tio com um pastor da igreja que eu pensei 'não, o cara da igreja vai vir dar todo o apoio'. E ele entrou aqui falando que de forma alguma, que não podia, que o corpo tinha que ir embora do jeito que veio, sabe? // Determinadas religiões não ajudam, até atrapalham. P1

Tabela 06 (continuação)

Variáveis para abordagem dos familiares - aspectos da família

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA	EXEMPLO
Nível sociocultural	Profissional refere que o nível sociocultural dos familiares pode influenciar o processo de comunicação com a equipe.	5	Então, o que ela me fala é o que vai me dar direção da minha abordagem, então, de linguagem. Pra eu conhecer o nível de entendimento dessa família, de esclarecimento, pra eu saber como falar pra que ela possa me compreender. P14
Divergência entre familiares	Profissional de saúde refere que pode haver divergências de posicionamento, entre os familiares, quanto à doação, ou não, de órgãos do(a) paciente	1	Eu peço que conversem, porque eu acho que é um divisor de águas na família. –“Eu não queria doar e você não me respeitou, você doou”. Então, assim, eu acho que é um momento difícil, a gente tem que respeitar a família para que essa fase seja a mais tranquila, né? P14
Vínculo (do profissional) com a família	Quando o profissional identifica que já possui algum vínculo de relacionamento com os familiares. Isso é apontado como um facilitador da conduta da entrevista	1	Ah, muito mais fácil porque eu já tenho um vínculo com a família, né? P1

A Tabela 06 apresenta seis variáveis relativas aos familiares e suas características que interferem sobre o processo de comunicação e tomada de decisão, como, por exemplo, a religião declarada e grau de parentesco com o paciente. Nessa Tabela, algumas categorias dizem respeito ao *vínculo* estabelecido entre profissional e familiares, bem como à *percepção* do profissional sobre a condição emocional do familiar entrevistado, como é o caso da categoria “Estado emocional do familiar”.

“É identificar aquela pessoa que tem mais tranquilidade (...). Que aparenta mais serenidade naquele momento, porque não adianta abordar uma pessoa que esta em prantos, desespero” P20.

“Então, assim, tem o estado emocional. Se a pessoa tá mais equilibrada você vai direcionar”. P11.

Quanto à categoria referente ao “Grau de parentesco”, é importante frisar que, por obediência à Lei 10.211, somente “cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive” poderá consentir à doação. Assim, os profissionais expressam estas condições:

“Se não vem ninguém até segundo grau a gente nem entrevista, porque não pode assinar perante a lei mesmo, né?”. P8.

“E depende de quantas pessoas dentro da família estão envolvidas. Porque, às vezes, não tem só pai e mãe. E quando tem muita gente é mais difícil ou quase impossível. Quando você tem uma família que todo mundo dá opinião, aí começa o tio, primo, amigo da vizinha e aí não sei mais quem e aí acabou o processo, né?”. P4.

Contudo, esta não é a única variável relativa ao grau de parentesco. Dois profissionais ressaltaram, ainda, que percebem ser mais difícil entrevistar a mãe dos pacientes, conforme se observa a seguir.

“A mãe é mais difícil. Essa você tem que... por tudo o que você acha, conversar, explicar pra ela e se ela nos ajuda”. P10.

“E, principalmente, quando é filho. É mais difícil a aceitação... tudo é muito mais difícil”. P13.

Outra característica a ser observada no que se refere a características dos familiares é a religião declarada. Os profissionais relataram que, em algumas situações, o chefe religioso da família sugeriu que um “milagre” poderia alterar o caso de ME e, por isso, as famílias se recusaram a doar os órgãos.

“Mas, às vezes, a religião em si acaba atrapalhando um pouco. Porque você passa pra eles, né, que tá fechado um protocolo, mas na cabeça dele Deus pode ressuscitar, pode fazer um milagre, né”. P7.

“Porque, assim, evangélico é muito difícil a doação com eles. Porque eles têm, assim, aquela fé inabalável de que ‘não, nem que seja no último suspiro, ele vai levantar. Deus vai ressuscitar”. P13.

Os profissionais também referem que acreditam que a religião da família possa permear as crenças acerca do ato de doar, ou não, os órgãos do paciente.

“Outra questão que eu acho que dificulta é a religião. A gente percebe que tem, pela minha experiência - nunca fiz trabalho em relação a isso - tem algumas religiões, sem preconceito, mas tem algumas religiões que tem muito mais dificuldade de entender a morte encefálica do que outras”. P5.

Em todas as verbalizações expressadas pelos profissionais de saúde, sobre a variável “Religião”, há referência a um elemento dificultador do processo de doação.

“Religião. É, algumas religiões não permitem, eu não me lembro quais. Mas eu tive muito problema com isso. Você fica na mão do pastor, o pastor que vai opinar. Aí, você vai conversar com o pastor e o pastor não conversa com você, entendeu? Então, tem essas barreiras aí”. P19.

Destaca-se, ainda, no que se refere à categoria “Nível sociocultural”, onde o profissional aponta que o delineamento da abordagem ao familiar se dá, principalmente, pela percepção que o profissional elabora acerca da compreensão que o(s) familiar(es) tem sobre o diagnóstico de ME e sobre a questão da doação dos órgãos para transplante. Isto, em última instância, pode alterar, significativamente, a escolha da linguagem adotada pelo profissional.

“Acho que o mais difícil é a própria compreensão da família que, muitas vezes, não compreende (...). Nível de instrução da família é superimportante até para você começar a conversa”. P15.

“É claro que, dependendo da situação, da condição social, cultural dele, eu tenho que explicar de uma forma mais simples”. P7.

Tabela 07

Variáveis para abordagem dos familiares - o potencial doador

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA	EXEMPLO
Idade PD	Profissional refere que a idade do PD interfere sobre a comunicação e execução das atividades, atribuindo níveis de dificuldades distintos ao processo de obtenção de órgãos para transplante, em função da idade do paciente.	14	O fato de ser criança dificulta muito, porque foge da ordem natural da vida, não é pra um.... É mais natural um filho perder o pai, não um pai perder um filho. P5
Contexto da morte	Profissional refere que o contexto em que a morte ocorre (doença, queda da própria altura, acidente de trânsito, outros) parece constituir um fator decisivo para doação, ou não, de órgãos.	6	E tudo vai depender do que que causou. // A maior parte dos que vão pra morte encefálica são de algum acidente de trânsito, alguma tragédia. Então, a pessoa ainda, os familiares diretos não conseguiram ainda nem aceitar o que que aconteceu, o acidente ou o que tiver causado. P15
Desejo do PD	Profissional pergunta aos familiares se o paciente tinha, ou não, posicionamento prévio sobre a doação de seus próprios órgãos.	1	Eu costumo perguntar nas minhas abordagens o que que a família acha e se ela sabia, se ela tinha conhecimento sobre o que que a pessoa achava sobre doação de órgãos. P16

Na Tabela 07, foram agrupadas as categorias de variáveis do paciente. Na categoria “Idade do PD”, foram identificadas duas particularidades:

(1) Nove profissionais relataram, especificamente, terem maior dificuldade com a comunicação do diagnóstico de ME quando o paciente é uma criança. Estes profissionais acreditam que comunicar a morte de um paciente jovem é uma tarefa mais dolorosa, principalmente se a comunicação é dirigida à mãe. Contudo, um profissional, especificamente, destacou que percebia a tarefa de comunicação de ME como sendo mais fácil quando o paciente era criança. De acordo com este profissional, a comunicação era facilitada pela presença constante da família no hospital:

“Já com a família da criança, ela não sai daqui, ela tá o tempo todo. Então, isso, pra mim, facilita até o fato de ser criança”. P1.

(2) Quatro profissionais referiram que a idade do paciente interfere diretamente sobre o empenho da equipe de saúde. Os pacientes mais velhos (com 60 anos ou mais), eram percebidos como pacientes que “desmotivavam” a equipe, por terem menos probabilidade de terem órgãos saudáveis, aptos a serem transplantados, conforme se observa no relato a seguir:

“Então, a partir dos 60 e pouco a gente já fica desanimado de entrevistar porque a gente sabe que não vai dar quase nada”. P8.

Sobre a categoria de “Contexto da morte”, os profissionais discutem, prioritariamente, a existência de fatores que podem “preparar” os familiares para a perda de um ente querido. Consideram o contexto, particularmente delicado, em casos de ME, uma vez que os pacientes são prioritariamente jovens e sem doenças crônicas previamente estabelecidas.

“Que nunca tiveram nenhum problema antes, nenhuma doença antes e de repente apareceu um tumor”. P3.

“Dependendo do contexto, da história, da situação como ele perdeu aquele ente querido dele”. P6.

A Tabela 08, apresenta as categorias referentes aos aspectos facilitadores das tarefas executadas pelos profissionais de saúde.

Tabela 08

Aspectos facilitadores da execução das tarefas

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA	EXEMPLO
Curso formal	Percurso acadêmico pelo qual o profissional adquiriu conhecimentos, habilidades e competências.	18	E baseado, também, em alguns cursos, né, algumas palestras que a gente já fez aqui no próprio setor, aqui na própria unidade da Secretaria, né? Tem curso que eles dão como que a gente deve se portar diante das más notícias. P6
Experiências do dia a dia	Percurso profissional pelo qual o profissional adquiriu habilidades e competências para execução de tarefas de rotina.	15	A gente vai mais pela vivência, aquilo que você já usou, os argumentos que você já usou as quebras de argumento que você já usou e deram certo então essas você continua utilizando, né? Aquilo que você utilizou e deu errado você elimina. P12
Setting	Articulações de cunho físico e social (ambiental) e temporal da disposição do profissional para atender aos familiares.	5	De sentar, olhar na mesma linha, de como se comportar, inclinar um pouco. (...). Oferece uma água, pergunto se a gente pode começar ou se eles querem que aguarde alguém. (...). Às vezes, uma entrevista dura meia hora e é suficiente. Às vezes, ela dura duas horas e a família ainda quer perguntar mais. P7

Na Tabela 08 pode-se observar que a categoria mais referida pelos profissionais foi a trajetória profissional, por meio da execução de “cursos formais”. Dezoito dos 20 profissionais entrevistados relataram a participação periódica em cursos como sendo uma estratégia primordial para o desenvolvimento de competências à comunicação com os familiares. Nesta categoria, foram considerados todos os formatos de cursos referidos pelos entrevistados, tais como treinamentos oferecidos pela própria CIHDOTT, cursos específicos para comunicação de más notícias, cursos oferecidos em congressos/eventos científicos e cursos de especialização (pós-graduação Lato Sensu).

Outra variável muito citada pelos entrevistados, como facilitadora da execução de atividades, foi a aprendizagem, obtida a partir da experiência do dia a dia. Nesta categoria, os profissionais destacaram que a aquisição de suas habilidades para comunicação com os familiares ocorre a partir de procedimentos de tentativa e erro, bem como de observação e imitação de colegas.

“E o dia a dia mesmo, né? Com os colegas, a forma como eles se portam, né, diante do momento”. P6.

“A princípio, começou pela própria experiência. Nós, primeiro, começamos e erramos”. P7.

“Mas a gente aprende mesmo é no dia a dia. A gente observando, aí a gente vai aprendendo, porque o que você não fez nessa aqui, você ‘poxa! Podia ter feito isso ou aquilo’, sabe? Aí que você vai moldando, assim, sua entrevista”. P13.

A categoria “Setting” foi inserida como uma das variáveis facilitadoras das atividades dos profissionais. Os cinco profissionais que citaram a influência facilitadora de aspectos do ambiente, no momento de comunicação com os familiares, salientaram como isto contribuía para uma comunicação mais eficaz, com menos interrupções externas, de forma a propiciar, inclusive, o estabelecimento de vínculos mais coesos com

os familiares. Quatro das cinco verbalizações desta categoria se referiam à importância da disponibilidade de tempo do profissional com os familiares, como ilustrado no seguinte trecho:

“Porque quando eu entro pra uma abordagem, eu não entro com tempo pra sair. Se essa abordagem levar uma hora, vou ficar uma hora. Se levar duas horas, vou ficar duas horas. Esse é o meu momento com a família, eu não quero saber o que tá acontecendo aqui”. P13.

Por fim, a atenção, do profissional, ao *timing* dos familiares foi referida, sendo imprescindível que o profissional perceba quais as necessidades de cada membro e respeite o tempo para que cada indivíduo compreenda o diagnóstico que está sendo comunicado, bem como as opções que lhe são apresentadas quanto à doação, ou não, dos órgãos do paciente.

“Eu tentava explicar muito, muito, muito, porque eu queria que a família entendesse, entendesse, entendesse. Muitas vezes, ela não quer entender. E a gente tem que parar de falar pra escutar o que eles querem falar”. P8.

A Tabela 09, ilustra alguns aspectos adicionais, de natureza emocional, social e religiosa, que interferem sobre a execução das atividades dos profissionais de saúde.

Tabela 09

Aspectos adicionais associados às tarefas dos profissionais de saúde

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA	EXEMPLO
Foco no receptor	Profissional refere mobilização de recursos pessoais para tolerar, ou minimizar, as demandas potencialmente estressantes relacionadas ao trabalho/à questão da finitude, visando a sobrevivência de outro paciente.	19	A parte mais prazerosa é depois da abordagem familiar, quando a gente tem uma resposta positiva, quando a gente consegue uma doação, família autoriza e a gente tem notícias do transplante, sabe que deu certo, que o receptor saiu bem da cirurgia. Então, assim, é um impacto que você gera numa vida, que ali pode mudar o curso de uma vida. Quem fazia hemodiálise e não vai fazer mais ou como pode prolongar a vida de alguém que tava esperando a hora de morrer e vai ter uma vida prolongada. P18
Carga emocional atrelada à tarefa	Profissional refere conteúdos de natureza afetiva, que evocam reações comportamentais, quando descreve suas tarefas.	11	A mais difícil, pra mim, é o familiar chorando, a beira do leito pedindo para o outro voltar. Isso é o pior. Então assim, é, me esgota. No fim do dia, é como se eu tivesse carregado um elefante. P14

Tabela 09 (continuação)

Aspectos adicionais associados às tarefas dos profissionais de saúde

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA	EXEMPLO
Considerações sobre a morte	Profissional expressa suas reflexões sobre a morte e as implicações de estar inserido em uma área de atuação em que o serviço, a ser executado, depende, necessariamente, da morte de outras pessoas.	8	E é um nimbo, esse.... Para o qual as pessoas não estão preparadas. Já é difícil enfrentar a morte. Agora, quando você está em uma situação que não está nem vivo e ainda não tá oficialmente morto, porque o que fecha a morte é você receber o corpo... P4
Considerações sobre espiritualidade dos profissionais	Profissional relata como as tarefas que executa se refletem sobre sua própria espiritualidade.	2	Então assim, eu quanto profissional, assim, eu não sou Deus, porque às vezes o médico fica naquela situação: -“não, eu vou dar a vaga da UTI porque esse aqui tem 16 anos e não vou dar pra esse porque esse tem 75 anos”. Mas quem sou eu? P14

Tabela 09 (continuação)

Aspectos adicionais associados às tarefas dos profissionais de saúde

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA	EXEMPLO
Necessidade de apoio psicológico	Profissional refere a necessidade de receber apoio ou acompanhamento psicológico para manter seu estado de bem-estar.	1	Então, o meu primeiro ano foi muito difícil, teve aí, acho que foi em 2013, 2014 eu desenvolvi síndrome do pânico porque eu retinha todas as histórias e aí muita violência urbana, né? Aí eu ia viajar, e ia abastecer, aí chegava um motoqueiro, aí eu lembrava do doador que ele foi assaltado nessa situação e aí eu comecei meio que a entrar em parafuso. E aí, eu precisei de ajuda, aí eu fui fazer psicoterapia pra me resolver. E aqui a gente não tem esse suporte também, né? P14

A Tabela 09 apresenta categorias que descrevem reflexões pessoais dos profissionais no que se refere ao contexto de lidar com a morte. Apenas um profissional referiu a “Necessidade de apoio psicológico”.

Na categoria “Carga emocional atrelada à tarefa”, percebe-se, pelas verbalizações dos profissionais, que, diversas vezes, a comunicação de ME e o luto vivido pelos familiares acabam sendo “absorvidos” pelo profissional.

“Acho que a dor e essa coisa de compartilhar o sofrimento é a mesma. Acho que essa é a parte mais difícil, é você compartilhar desse sofrimento das famílias” P1.

“É, e eu tava vivendo aquele drama junto com eles também nessa época, em que eu também queria estar festejando [risos] e tudo mais, mas estava vivendo o luto deles”.
P4.

De forma complementar, a categoria “Foco no receptor”, referida por 19 dos 20 entrevistados, se refere ao discurso de focalizar o paciente receptor como o objetivo central para a obtenção de uma doação de órgãos, sugerindo tratar-se de uma estratégia de enfrentamento para lidar, cotidianamente, com a ocorrência de mortes.

“Eu acho que, assim, quando você consegue uma autorização pra a doação, o que tem de legal é que você vê a capacidade do ser humano em querer fazer o bem pro outro apesar da sua dor. Então, é meio que uma lição, assim, de vida, né? Por que um pai que perdeu o filho, né? Tá no pior momento da vida, e mesmo assim sai daquela dor pra olhar que não, talvez um outro pai não precisa passar pelo o que eu tô passando”.
P9.

“Acho que é a oportunidade de salvar outras vidas, pessoas que estão graves, tem a indicação de transplante, e você, pelo menos, proporcionar essa chance de ainda viver”. P15.

A hipótese para considerar o foco no receptor como sendo uma estratégia de enfrentamento é embasada, também, pela categoria “Considerações sobre a morte”. Nesta, oito profissionais referem a dificuldade de realizar um trabalho que depende, intrinsecamente, da morte de um paciente. Isto é particularmente interessante uma vez todos os entrevistados eram profissionais de saúde e referiam como muito importante o discurso de “salvar vidas” (conforme ilustrado nos exemplos supracitados).

Pode-se ressaltar a verbalização de uma profissional que, bastante sensibilizada no momento da entrevista com a pesquisadora, expressa indignação quando um colega de equipe fica “insatisfeito” por não ter qualquer protocolo de ME no momento de ronda na enfermaria:

[Reproduz fala de colegas da equipe] “Não, nenhum? Puxa vida, ninguém? ”.

Aí eu fazia na minha análise, olhava e pensava será que ela ficaria satisfeita se eu voltasse, “aham, seu filho, tá lá! ” Porque é destoante, né? Tipo assim, eu fico feliz quando acho uma pessoa morrendo?”. P14.

A mesma profissional conclui sua verbalização:

“Então, assim, gente na faculdade, não é preparado, morte, pra você que é da saúde, é o seu fracasso”. P14

Tabela 10

Algumas barreiras à execução da tarefa

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA	EXEMPLO
Restrições técnicas/estruturais	Profissional refere entraves técnico-estruturais (dificuldade na obtenção de leitos, falta de material) e limites assistenciais que dificultam o pleno exercício da equipe ou a execução de atividades específicas.	10	A parte que eu sempre considerei ruim é quando os processos envolvidos no diagnóstico, captação, doação etc não estão funcionando adequadamente na Secretaria e você tem um atraso nisso, entendeu? Ou seja, os dias vão passando e você vai se comunicando: ‘oh, hoje nós vamos fazer o EEG’ e o EEG não sai hoje, entendeu? Aí, o EEG não sai amanhã, não sai depois de amanhã. E isso cria uma tensão, um conflito terrível. Se tudo funcionasse perfeitamente bem, as outras questões eu não acho difíceis, entendeu? P4

Tabela 10 (continuação)

Algumas barreiras à execução da tarefa

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA	EXEMPLO
Estigmas	Profissional refere a existência de crenças disfuncionais da população, e dos profissionais de outras equipes, que resultam em dificuldades/barreiras ao processo de obtenção de doação de órgãos.	5	O estigma mesmo, ‘será que não mataram pra poder querer o órgão dele?’. (...). Culturalmente, a gente não tem a cultura de doação, de voluntariado, então, assim... Muitas pessoas veem com estranheza essa situação, então é a parte mais difícil. P20
Reflexo de Lázaro	Profissional refere a apresentação de reflexo de Lázaro (reflexo medular complexo existente na condição de ME) como um potencial gerador de divergências entre colegas.	2	É isso, reflexo de Lázaro, obrigada. Os colegas, no caso onde o paciente tá, eles questionam. ‘Não, esse paciente não tá morto, ele tá vivo’. Então, a gente explica, né, mas a gente percebe no colega uma insegurança, uma dúvida. Então, assim, eu não levaria, assim, como uma questão ética, mas como aquela incerteza, talvez por não ter aquele conhecimento, né? P6
Excesso de carga horária	Profissional refere entraves pessoais (excesso de carga horária e falta de treinamento) que dificultam o pleno exercício da equipe ou a execução de atividades específicas.	2	Tem dois anos que a gente tá em estado de emergência, não dispensam a gente pra nada. Pra fazer nenhum curso fora. P8

As categorias agrupadas na Tabela 10 dizem respeito às barreiras, percebidas pelos profissionais, à execução da tarefa.

Quanto à categoria “Estigmas”, foram relatadas concepções errôneas, tanto por parte dos familiares quanto por parte de outras equipes de saúde, conforme um dos entrevistados relata que era o tratamento por parte de outros profissionais:

“Lá vem a equipe dos urubus”. P11.

O recorte desta verbalização pretende aproximar o leitor da realidade muitas vezes vivenciada pelos profissionais da CIHDOTT. Percebe-se que o estigma e o preconceito com a doação de órgãos para transplante ultrapassa a barreira do conhecimento científico.

Paralelo às crenças errôneas que são atribuídas ao processo de doação de órgãos, dois profissionais discutem o assunto “Reflexo de Lázaro”.

“Existe um reflexo chamado Reflexo de Lázaro e já aconteceu comigo em pacientes que eram crianças, e a mãe colocava isso. A princípio, no início, aquilo me assustou porque eu não conhecia, a gente não teve tudo isso. Então, a gente foi buscar, os médicos vieram. E hoje a gente consegue explicar pra uma mãe muito bem. Então, hoje eu tenho essa segurança pra explicar”. P7.

Nos dois relatos apresentados, depreende-se que é o desconhecimento dos profissionais sobre esta temática que provoca a insegurança em explicar aos familiares o que acontece, sendo sido sanado com informações prestadas pelos médicos da equipe.

Além disto, foram relatadas limitações estruturais, bem como dificuldades de organização das equipes para fechamento do diagnóstico de ME e excesso de carga horária de trabalho. Esse é também uma das barreiras à perfeita execução dos serviços de saúde, referidos pela literatura, objeto de análise da seção de Discussão.

“Às vezes, você não consegue, tem alguma contraindicação pra fazer determinado exame, não dá pra fazer um doppler porque tem alguma... Enfim, alguma contra indicação específica, tem que ser o eletro e o eletro é mais difícil de conseguir”.

P1.

“Gente, a minha função é conseguir doadores. Agora, eu não teria que me preocupar se não tem soro fisiológico, se não tem roupa, se não tem fio de sutura. Pô, isso foge da minha competência. E aí, eu deixo de me envolver nas competências do meu setor, da minha doação, pra me envolver com probleminhas institucionais e isso me cansa muito mais que o meu trabalho em si”. P8.

Estes exemplos podem, não apenas desmotivar o profissional, conforme a verbalização de P8, como atrasar o processo de diagnóstico. Ademais, é razoável se considerar a hipótese de que os familiares percebam estas limitações estruturais e julguem que a assistência prestada não teve qualidade suficiente (ver Tabela 05).

As Tabelas 11 e 12 agrupam os diversos conflitos éticos percebidos pelos profissionais de saúde. Foram divididas, didaticamente, como “Conflitos éticos em relação ao protocolo de ME” (Tabela 11) e “Demais conflitos éticos” (Tabela 12).

Tabela 11

Conflitos éticos em relação ao protocolo de ME

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA	EXEMPLO
Condução indevida do protocolo de ME	Relato de manipulações, em diferentes níveis, dos parâmetros técnicos estabelecidos no protocolo	4	<p>Eu tenho um doador, que ele é um bom doador, e eu quero esse doador. E ele dá fluxo. E aí, eu repito doppler, repito doppler, repito doppler e vou pro eletro, né? E aí, eu fecho e consigo essa doação. Aí eu tenho um doador que ele não é bom, ele é péssimo. E aí, eu faço o doppler ele dá fluxo, aí eu oriento a equipe a reabrir esse protocolo com 48 horas. Então, eu tenho um conflito, e um conflito de interesse, assim, né? Aquele que é bom eu faço diferente porque eu quero ele mais rápido e o que é ruim eu vou na maciota, pra ver se ele para. P14</p>
Assinar documentação antes do fechamento do protocolo	Profissional aborda situação em que os familiares desejavam assinar o termo consentindo pela doação antes mesmo do diagnóstico ser concluído	1	<p>[Reproduz fala da família] “Não, eu queria já deixar assinado (a autorização)”. Aí falei: “Então como você vai fechar protocolo depois, com o horário de autorização antes? (...). Não posso pegar a autorização sem saber se a pessoa estava morta. P14</p>

Tabela 11 (continuação)

Conflitos éticos em relação ao protocolo de ME

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA	EXEMPLO
Dúvida em relação ao diagnóstico de ME	Profissional refere questionar o diagnóstico quando percebe condutas incorretas nos procedimentos determinados pelo protocolo	1	Porque, às vezes, um exemplo: um exame de diagnóstico mal feito, né? E eu fico 'poxa, se fosse meu filho? P13

Na Tabela 11, as três categorias se referem a reflexões dos profissionais sobre a execução do protocolo, com manipulações, em vários graus, das determinações técnicas especificadas pelo protocolo.

“Não vou discutir com um médico, né? Mas eu cheguei a comentar, ‘mas no protocolo que a gente tem, lá atrás fala que tem que oxigenar o paciente a 100%’”. P13.

Um outro caso, também, assim, foi que abriram o protocolo, o residente fez todos os testes, mas não colheu a gasometria e queria que a gente desse continuidade no exame. Eu falei ‘não, doutor, o senhor faça a gasometria, repete o teste de apneia e o senhor colhe a gasometria. Se aqui não tiver como, eu vou pegar nosso carro, o senhor identifica a primeira e a segunda amostra e levo no HRAN e faço lá. Mas sem a gasometria a gente não vai dar início no protocolo’”. P13.

Em três dos quatro relatos a respeito de condução indevida do protocolo, quando questionados como procediam, os profissionais afirmaram opor-se às práticas que visavam manipular o protocolo. Um dos profissionais relatou que consentia com a manipulação do horário da coleta do exame de sorologia, a fim de agilizar o fechamento diagnóstico, conforme se percebe:

“Sempre incentiva-se que seja coletado após a autorização familiar e seja processado, é... aqui, nós temos uma prática diferente por conta do nosso laboratório que não funciona 24 horas’”. P9.

Quanto ao caso em que os familiares quiseram assinar a autorização para a doação de órgãos antes do fechamento do diagnóstico de ME, isto aconteceu pela dificuldade que os familiares tinham de retornar, em outro momento, ao hospital, uma vez que não eram residentes no Distrito Federal. O profissional não aceitou assinar a autorização e, desta forma, este paciente não se tornou um doador efetivo.

Por fim, a categoria “Dúvida em relação ao diagnóstico” apresenta o questionamento, por parte dos profissionais, em relação ao protocolo; que surge em consequência à observação de uma condução indevida de protocolo.

Tabela 12

Demais conflitos éticos

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA	EXEMPLO
Conflitos de interesse	Profissional refere situações nas quais percebe conflito por assumir, simultaneamente, cargo em equipe assistencial e de abordagem familiar	4	Quando os pacientes chegam, é complicado que a gente dê os cuidados, a família veja a gente, e, em seguida, eu vá entrevistar, vá fazer a abordagem, entendeu? Eu acho isso extremamente difícil, é uma barreira, assim, bem difícil de quebrar. Pra mim, eu percebo que tem um, acaba que um conflito de interesses nessa situação. P17
Relações entre equipes	Relato de situações conflitantes por divergência de posicionamento ético entre equipes	3	Me abordaram pra passar uma pessoa na frente. No transplante, pra chamar uma pessoa que estava na fila, pra chamar ela, isso foi feito de uma maneira sigilosa e tal, né? P19
Dificuldade de desligar os equipamentos de manutenção de vida	Profissional relata dificuldade em desligar aparelhos de suporte sem consentimento da família	1	E foi assim que eles se convenceram, aceitaram. Essa criança ficou umas 18 horas aí que a gente já poderia ter desligado e cedido o leito pra outra criança. P5

Tabela 12 (continuação)

Demais conflitos éticos

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA	EXEMPLO
Direito ao cadáver	Profissional discute de que forma a divergência entre familiares resulta em conflito.	1	Quem é o dono do morto? a portaria fala assim: “Autoriza esposa, irmão, filho” e ai se eu tenho a situação, existe uma briga familiar, e às vezes a gente se depara com isso. Do querer decidir o conflito ali, quem é mais, você esposa que eu não gosto de você ou eu irmã. P14

A categoria indicadora de um conflito, nomeada de “Direito ao cadáver”, resgata, de certa forma, o argumento acerca da divergência entre familiares (ver Tabela 06). Posto que dois familiares, aptos a decidirem sobre a doação de órgãos de um paciente, conforme previsto pela Lei 10.211, discordem, cabe ao profissional decidir qual posição tomar, isto é, obter o consentimento ou perder o paciente potencial doador. Neste caso, o profissional se propôs a intermediar o diálogo entre os familiares, visando obter uma doação que não culminasse em futuras desavenças familiares.

Na categoria “Relação entre equipes”, os profissionais debatem como a busca por doadores pode interferir sobre a relação da equipe assistencial com a equipe CIHDOTT. Nas verbalizações subsequentes, os profissionais relatam comportamentos de membros de outras equipes que, caso não fossem interrompidos, poderiam prejudicar o perfeito cumprimento do protocolo.

“Eles (equipe) tentam burlar um pouco o processo (...). Os próprios médicos tentam, às vezes, querer manipular algumas situações”. P11.

“Já tivemos situações que a gente fez o primeiro e o segundo exames compatível, fluxo, fluxo, fluxo, é... eletro e angio - padrão ouro - não tá morto! E o médico assistente quer que continue, então tem que falar pra ele: “ele não tá morto, siga com o tratamento dele, você sabe que ele vai morrer, mas ele não tá morto! ”. Então, existe uma dificuldade. Então, assim, pra eu, o que eu percebo, assim, pra eu não ter um embate; então, eu vou fazer do jeito que ele quer, pra eu não... Só que você fica lá, quando você vai lá quem escuta é você quem sofre... E às vezes por uma coisa, que às vezes é desnecessária, uma coisa prática, né? Isso e isso”. P14.

Ressalta-se, por fim, a categoria “Dificuldade em desligar os aparelhos” (ver Tabela 12). De acordo com esse profissional, a percepção da dificuldade de desligar os equipamentos após confirmada a ME, foi considerada como um conflito ético por manter

um paciente já morto em UTI, tirando a vaga de outra pessoa. Esta dificuldade é também referida pela literatura.

Discussão

A seção de Discussão, assim como a seção Resultados, foi dividida conforme as etapas de coleta de dados. Assim, no primeiro subtópico, discutem-se os dados obtidos com a busca documental de prontuários e o grau com que esses dados reproduzem achados já reconhecidos pela literatura.

No segundo subtópico, discutem-se os conteúdos das entrevistas com os profissionais, organizados de acordo com as Tabelas referidas na seção de Resultados.

Por fim, o leitor encontra, em Considerações Finais, bem como sugestões para estudos futuros.

Análise documental

Em relação à coleta documental, pode-se afirmar que esta foi dificultada pelo fato de os prontuários, ainda que pesquisados em diversas fontes, não apresentarem todas as informações necessárias para a análise proposta. Evidencia-se tal dificuldade especialmente na análise dos motivos referidos, por familiares, para recusa à doação de órgãos. Apenas 37 prontuários (equivalente a 48% do total) apresentava as justificativas familiares.

Contudo, foi possível perceber que os principais motivos para recusa à doação, apontados pela literatura (Pestana et al., 2013), foram observados no recorte do Distrito Federal. Assim, a não compreensão do diagnóstico de ME foi encontrada como justificativa para cinco recusas familiares, dos 37 prontuários válidos, seguido de recusa por motivos religiosos, razão apontada em quatro prontuários. Nos prontuários avaliados neste estudo, a principal motivação para recusa à doação foi o paciente ter manifestado ser não-doador declarado, ainda em vida, o que também é embasado pela literatura (Quintana & Arpini, 2009).

Em relação ao intervalo (em dias) entre a recusa familiar à doação e o desligamento dos equipamentos de manutenção hemodinâmica, percebe-se, novamente, dados que corroboram a literatura (Araújo & Massarollo, 2014). Os sete prontuários, analisados neste estudo, em que se levou mais de 24 horas para desligamento dos equipamentos podem refletir as dificuldades da equipe de saúde ao se perceber como “terminando” algo, de uma forma diferente daquela preconizada por modelos médico-biológicos que reforçam a cura a qualquer custo.

Por fim, conforme já referido, 37 (ou 48%) prontuários estavam incompletos quanto à ocorrência da parada cardiorrespiratória, demonstrando certo descuido, por parte da equipe, com o encerramento dos prontuários. Ressalta-se que o correto preenchimento do prontuário, ainda que para fins de fechamento (frente a um óbito ou alta do serviço de saúde, por exemplo) é dever do profissional de saúde e direito do usuário, conforme manual ético preconizado pelo CFM (CFM, 2002).

Destaca-se a importância do registro, em prontuário, dos motivos relatados pelas famílias para a recusa à doação, uma vez que é pelo conhecimento destes que se pode pensar em estratégias para aumentar a adesão familiar à doação de órgãos para transplante. Por meio deste registro, e embasado em dados obtidos pela literatura, é que a equipe profissional pode discutir mudanças na abordagem aos familiares, por exemplo. Ou ainda, elaborar treinamento ou desenvolver roteiros de entrevista para avaliar o conhecimento e a motivação dos familiares à doação de órgãos e tecidos para transplante.

É evidente que, dentre os motivos que sustentem certo “descuido” com o correto preenchimento dos prontuários, deve-se pensar em sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, sendo o excesso de carga horária, inclusive, uma das barreiras à plena execução das tarefas, de acordo com os entrevistados (Tabela 10). Mesmo assim,

excesso de carga de trabalho não pode justificar erros de preenchimento de prontuários ou campos de informação deixados em branco.

Pestana et. al (2013) observam que os motivos apresentados como fundamentais no momento de recusa à doação, referidos pelos familiares, são passíveis de intervenção e treinamento, suscitando campo de trabalho potencial aos psicólogos. Aqui, novamente se discute a necessidade de registros adequados em prontuário. Uma vez que o psicólogo, integrante da equipe, tenha acesso à amplitude de motivos de recusa familiar, poderia elaborar propostas de treinamento de colegas, auxiliando, com técnicas de manejo comportamental e cognitivo, a obtenção de um processo de comunicação mais efetivo com os familiares. Cabe ao psicólogo, também, elaborar espaços de discussão e acolhimento entre os demais profissionais da equipe, para que possam expressar o caráter de possível ambivalência do sucesso do trabalho cotidiano depender, na prática, da ocorrência de mortes de pacientes.

Dados obtidos em entrevista

Observou-se que a realidade descrita pela literatura nacional e internacional (Pessoa, Schirmer & Roza, 2013; Kocaay et al., 2015; Ríos et al., 2007; Kim, Fisher, & Elliot, 2005; Martínez-Alarcón et al., 2009; Lee, 2011; Ronayne, 2008; White, 2003; Powell, 2014; Pearson et al., 2001; Sadala et al., 2006), no que se refere à dificuldade de compreensão do conceito de ME, também foi encontrada no contexto do Distrito Federal. Dessa forma, ressalta-se que dos 20 entrevistados, oito não sabiam identificar corretamente uma condição de ME. Um desses profissionais entrevistados afirmou que as funções cerebrais ausentes na ME eram variáveis conforme a lei, o que reflete falta de conhecimento da legislação e de aspectos técnicos relativos ao diagnóstico de ME,

podendo provocar, pelo menos, dificuldades de comunicação com os familiares de um paciente potencial doador.

A não compreensão do diagnóstico de ME não se restringe aos profissionais. Desta forma, de acordo com a literatura, o principal obstáculo à efetiva doação de órgãos é a recusa familiar (Martínez-Alarcón, 2009; Zambudio et al., 2009). Na realidade brasileira, este fator representou 44% das 2.848 entrevistas realizadas em 2015 (ABTO, 2015a). Ao apresentar as principais causas da recusa familiar à doação de órgãos, Pessoa et al. (2013) apontam a não compreensão do diagnóstico de ME (21%), seguido de aspectos de natureza religiosa (19%), a falta de competência técnica da equipe (19%) e o processo demorado para devolução do corpo (10,2%).

Hipotetiza-se ser benéfico pensar em campanhas, veiculadas em diferentes meios de comunicação (internet, panfletos, propagandas de televisão) que esclareçam crenças errôneas da população sobre a doação de órgãos. É de interesse geral que esta discussão tenha um alcance maior do que as famílias que já se encontrem vivenciando a experiência de ter um paciente em ME. Podem ser espaços propícios para esta discussão escolas e serviços de atendimento primário de saúde, por exemplo, onde, um profissional de saúde, adequadamente treinado, poderia abordar a questão da doação de órgãos, a fim de popularizar o tema, bem como desmistificar crenças equivocadas.

Nos dados levantados pelo presente estudo, pode-se confirmar, a partir do protocolo de ME (Anexo 1), o grau de complexidade das etapas diagnósticas. A explicação deste protocolo, em linguagem técnica ou com detalhamento insuficiente (Tabela 04), pode ser uma das causas da não compreensão do diagnóstico que, conseqüentemente, pode significar a recusa familiar à doação dos órgãos para transplante. É possível pensar que esta seja uma das limitações apontadas pela literatura como “falta de competência técnica”.

A percepção que a família tem sobre os atendimentos prestados é outra variável condicionante da obtenção do consentimento familiar à doação de órgãos (Moraes et al., 2014) que tangencia a competência técnica. A categoria “Histórico de atendimento” (Tabela 05), por exemplo, que reforça a importância dos atendimentos de saúde previamente prestados, também encontra fundamentação na literatura. Autores destacam que os atendimentos prestados, anteriores ao diagnóstico de ME, têm fundamental importância sobre a decisão dos familiares em autorizar, ou não, a doação de órgãos de um ente querido. Este histórico perpassa a percepção que a família faz acerca do cuidado oferecido, bem como do acolhimento disponibilizado pela equipe de saúde (Victorino & Ventura, 2017).

A percepção de um atendimento, anterior, mal executado pode provocar, entre os familiares, a sensação de que, quando algo “podia ser feito”, não foi (seja por dificuldades técnicas ou por má vontade). Isto poderia, ainda, impedir que a doação seja efetiva pela crença, por parte da família, de que o procedimento vai beneficiar a instituição de saúde, e não outras pessoas (Victorino & Ventura, 2017).

Percebe-se a importância dos processos comunicativos não apenas no momento de comunicação de óbito, mas ao longo de todo o período de internação do paciente. Caso a comunicação entre profissionais e família fosse efetiva, desde cedo, de forma a continuamente atualizar os familiares acerca das medidas terapêuticas que estão sendo realizadas e, ademais, não instigar falsas esperanças de cura do paciente, a percepção de não terem sido tomadas todas as providências cabíveis, seria extinguida.

Ainda sobre o levantamento das informações contidas na Tabela 05, acerca do conhecimento prévio, os dados permitem que o profissional avalie se existem crenças, por parte dos familiares, se receberam “informações conflitantes” e se, entre os familiares, há divergências de opinião. É necessário ressaltar, no entanto, que a categoria

“Informações conflitantes” foi relatada apenas por dois profissionais que pertenciam à mesma equipe, podendo, esta, ser uma característica específica de uma única equipe.

A demora no desligamento dos equipamentos, pode, além de refletir dificuldades técnicas, também, incluir uma tentativa de promover mais tempo à família para o processo de “despedida”. Exemplo disto pode ser observado a partir da verbalização de P5 (Tabela 12), que relata demora para desligar os equipamentos de manutenção hemodinâmica com a intenção de permitir que a família se estruturasse, minimamente, para o momento de despedida.

À vista de manter o paciente em suporte mecânico ser uma tentativa de proporcionar maior conforto no momento de despedida dos familiares, pode-se considerar, ainda, este como momento potencialmente estressante para a família. Martins e Porto (2010) apontam que, em caso do paciente em ME ser não doador, a demora no desligamento dos aparelhos pode provocar ainda mais angústia entre os familiares, além de limitar o acesso de outros pacientes à UTI. Portanto, ressalta-se, novamente, a importância de o profissional conseguir comunicar o óbito de maneira mais eficiente, visando minimizar momentos de desconforto, tais como um período demasiadamente alongado de permanência em UTI de um paciente em ME.

A manutenção demasiadamente prolongada do paciente potencial doador em suporte terapêutico pode, ainda, ser reflexo do perfil do paciente. A idade do paciente e os motivos que levaram à ME aparecem, no presente estudo, como variáveis importantes no momento de comunicação de ME. Isto se torna especialmente relevante em casos de morte inesperada (onde o paciente não possuía qualquer doença previamente conhecida) e em pacientes mais jovens. A literatura (Powell, 2014; Nicely & De Lario, 2011; Ronayne, 2008; Sadala et al., 2006; Moraes et al., 2015; Oroy et al., 2013) refere a mesma importância a estas dificuldades. Powell (2014) aponta que, apesar de todo o investimento

em treinamento dos profissionais de saúde, a morte inesperada (como são alguns casos de ME) continua sendo um evento desagradável para as famílias que enfrentam essa perda. Contudo, o autor indica que a comunicação empática e o cuidado especial à linguagem utilizada são mecanismos que permitem que o profissional de saúde ofereça melhor assistência às famílias, evitando o trauma que a falsa esperança de melhora do paciente pode provocar.

Outras dificuldades técnicas, apontadas pelos profissionais, dizem respeito aos “Estigmas” e “Reflexo de Lázaro” (Tabela 10), sendo consideradas barreiras, da população, à doação. Conforme se observa na verbalização a seguir, o profissional de saúde, ao se deparar com questionamentos, por parte dos familiares, acerca da mercantilização dos órgãos (um estigma), percebe que a possibilidade de doação está comprometida.

“Muita gente tem dúvida em relação a lista. Pra quem vai esse órgão, se esse órgão é vendido” P11.

Ademais, acerca do Reflexo de Lázaro, o profissional remonta que, em um primeiro momento, sentiu-se inseguro ao explicar o que ocasionava o Reflexo e de que maneira isto se relacionava com o diagnóstico de ME.

“Existe um reflexo chamado Reflexo de Lázaro e já aconteceu comigo em pacientes que eram crianças, e a mãe colocava isso. A princípio, no início, aquilo me assustou porque eu não conhecia, a gente não teve tudo isso. Então, a gente foi buscar, os médicos vieram. E hoje a gente consegue explicar pra uma mãe muito bem. Então, hoje eu tenho essa segurança pra explicar” P7.

Por fim, e em consonância com a literatura (Quintana & Arpini, 2009) acerca da motivação de recusa à doação ser prévia declaração de não doador em vida, pode-se pensar que, uma das razões pelas quais um paciente ter se manifestado não-doador seja

justamente o estigma de uma morte antecipada visando uma possível concepção de comercialização de órgãos (Tabela 10).

Pode-se perceber, pelos relatos citados, que a segurança em explicar o quadro de ME para os familiares, bem como lidar com possíveis dificuldades técnicas, está intimamente ligada ao conhecimento do profissional. Dito isto, desprende-se que o treinamento técnico adequado e a experiência supervisionada, do dia-a-dia, podem minimizar as barreiras à doação de órgãos. Nas situações aqui descritas, o conhecimento suficiente acerca de movimentos reflexos, presentes no Reflexo de Lázaro, bem como das etapas técnicas componentes do processo de doação e transplantação, poderiam aumentar a percepção de segurança (e, conseqüentemente, a capacidade técnica) dos profissionais.

Ressalta-se, ainda, que o conhecimento da legislação e de resoluções técnicas do CFM poderiam respaldar a atitude do profissional ao desligar os equipamentos, possibilitando maior rotatividade de leitos de uma UTI àqueles pacientes que precisam de tal cuidado.

Acerca da comunicação de ME, e em conformidade com a literatura (Pelleriaux et al, 2008; Oroy et al, 2013) sobre a necessidade de um *timing* para uma comunicação adversa e sua implicação ao contexto da doação de órgãos, percebe-se, através da categoria “Estado emocional do familiar” (Tabela 06), uma preocupação dos profissionais entrevistados em eleger aquele familiar que está mais estável, emocionalmente, para decidir quanto à doação dos órgãos do paciente. Contudo, em nenhuma das equipes entrevistadas, no presente estudo, havia um profissional com formação em psicologia, que potencialmente seria o profissional mais habilitado para identificar indicadores de estados emocionais adversos entre os familiares. Aponta-se, novamente, a relevância de um profissional especialmente treinado para estabelecimento de vínculo com os familiares de potenciais doadores.

A despeito do profissional ter a pretensão de identificar aquele familiar mais “estável”, outras duas categorias interagem diretamente com esta: o grau de parentesco e a divergência de posicionamento entre familiares, conforme abordado na Tabela 06. Referida na seção de Resultados, a interação de diversos familiares, pode prejudicar o momento da decisão da doação. Portanto, é importante que o profissional, frente à comunicação de ME e entrevista para doação de órgãos, tenha uma visão empática da família ali entrevistada, de forma que o consentimento para a doação não provoque, entre os familiares, motivo para outras desavenças e transtornos. Uma possibilidade é que, frente à situação de divergência entre os familiares, o profissional consiga mediar o diálogo, por vezes, fornecendo argumentos que subsidiem uma decisão.

Além disto, no que se refere à categoria “Carga emocional atrelada à tarefa” (Tabela 09), desprende-se, de algumas verbalizações, a percepção de estresse por abordar a família em um momento tão delicado, conforme pode ser observado a seguir:

“É um momento muito difícil da família, né, tem aquela dor da perda, né? E ao mesmo tempo, também, você é profissional, né, você tá aqui pra fazer o seu trabalho, né, pra ajudar outras pessoas, então, é bem difícil” P6.

Moritz (2005) indica que a carga emocional percebida, por profissionais de saúde, frente à morte é decorrente do treinamento técnico ao longo da formação, onde o profissional é induzido a pensar no corpo doente como objeto a ser curado, ignorando o cuidado psicológico inerente ao cuidado biológico. Ainda de acordo com a autora, é comum que o profissional se sinta angustiado com a morte de um paciente sob seus cuidados. Outra vez, despontam lacunas que poderiam ser preenchidas por intermédio de atenção psicológica aos profissionais de equipe de saúde, bem como por meio de atividades de psicólogo(s) integrante(s) das equipes.

Por vezes, a literatura parece reforçar a vigência do modelo biomédico na atenção à saúde, uma vez que o foco do profissional está em curar aqueles que podem receber os órgãos doados, em detrimento de proporcionar condições propícias para a melhor elaboração do luto dos familiares do potencial doador. Isto foi corroborado pelos dados discutidos neste estudo, uma vez que 19 dos 20 entrevistados relataram o foco no receptor como estratégia para enfrentar os momentos potencialmente estressantes do trabalho. Somado a isto, recupera-se a verbalização de P14 (Tabela 09), onde o profissional considera a morte como sendo o “fracasso”.

Dados semelhantes foram discutidos nos estudos de diversos autores (Pereira, 2005; Souza et al., 2013; Sleeman, 2013; Monteiro et al., 2015; Kovács, 1992). Sleeman (2013), por exemplo, aponta que a visão da morte enquanto fracasso advém da crença de que a morte é algo a ser evitado a todo custo. Monteiro et al. (2015) também reforçam este dado, acrescentando que o tema da morte é pouco abordado tanto nas comunicações entre médico e paciente quanto na sociedade.

Ademais, os profissionais relataram que o trabalho direto com a morte e o luto propicia reflexões sobre questões pessoais acerca da espiritualidade e da morte (Tabela 09). Isto também está embasado pela literatura (Lino et al., 2005). Kovács (1992) já indicava que o medo é a resposta mais comum frente à morte e pode ser subdividido em duas vertentes: a morte do outro e a própria morte. Diante da morte do outro, Kovács (1992) ressalta: *“é difícil ver o seu sofrimento e desintegração, o que origina sentimentos de impotência por não se poder fazer nada”* (p.15). Percebe-se, a partir da categoria “Considerações sobre a morte” (Tabela 09), a dificuldade que o profissional encontra em ver (e conviver) com a situação de finitude. Exemplo disto pode ser a verbalização de P1:

“Então, já passei por esse sentido de, assim, ficar doida pra aquilo acabar logo e minha vontade era logo de colocar ali no termo que era compatível, porque eu sabia

que era, o exame clínico era. Então, acho que o maior (dilema) que já tive foi nesse sentido. De ver aquela família velando aquele corpo, aquele sofrimento sem fim, sem conseguir terminar aquilo e um fim iminente, óbvio, que não tinha como reverter, mas que eu tinha que seguir todo o protocolo. Eu acho que isso é um dilema constante”.

Nesse caso, a profissional desejava encerrar, o mais breve possível, o protocolo de ME, a fim de proporcionar, à família, a possibilidade de fechar o ciclo. Acrescenta-se que, a percepção deste desejo provocava, na profissional, a percepção de viver um dilema ético.

Nos dados obtidos neste estudo, discute-se a necessidade do apoio psicológico aos profissionais. No relato de uma das entrevistas, o profissional de saúde referiu que desenvolveu síndrome do pânico no exercício de suas funções laborais. A literatura (Cavalcante et al., 2014; Collins, 2004; Moraes et al., 2015; Hosseini, Manzari, & Khaleghi, 2015) revela que o despreparo psicológico pode ser vivenciado, mais frequentemente, em sentimentos de tristeza, inseguranças e angústia.

Além de proporcionar espaços de escuta e troca de informações, permitindo que os profissionais ressignifiquem os sentimentos de insegurança e angústia frente à tarefa, um psicólogo poderia, ainda, estruturar atividades que funcionassem de forma preventiva, evitando que a equipe entrasse em processos de adoecimento, tal como o citado na Tabela 06. Exemplo disto seria discutir casos que foram traumáticos para a equipe, pensar em redes de apoio e estruturar formas de lidar com familiares desafiadores.

Faz-se necessário lembrar que a presença de um psicólogo na equipe de CIHDOTT não tem por objetivo a realização de psicoterapia com os profissionais. Contudo, a presença de um psicólogo capacitado para a comunicação de más notícias poderia reduzir o estresse dos profissionais da equipe, com formações menos específicas para este tipo de tarefa.

Uma vez que a capacidade comunicacional no exercício de profissionais de saúde não é inata, Coriolano-Marinus et al. (2014), em revisão de literatura, indicam que esta ferramenta deveria já ser abordada nos currículos da área, demandando reciclagem contínua dos profissionais. Além disto, destaca-se que a habilidade de comunicação não se restringe à díade profissional-usuário, devendo ser, também, sintonizada entre os membros da equipe. Caso isto fosse implementado, é possível levantar a hipótese de que conteúdos, tais como os relatados na categoria “Informações conflitantes” (Tabela 05), poderiam não existir. Ter um meio de comunicação único, compartilhado entre os diversos profissionais que integram uma equipe, como, por exemplo, um prontuário próprio, grupos compartilhados de e-mails ou mensagens telefônicas, poderia solucionar estes ruídos na comunicação.

Entende-se que parte da compreensão do diagnóstico de ME, pelo próprio profissional, poderia ser sanada com eficientes sistemas de treinamento de conhecimento técnico, onde questões práticas sobre fechamento de diagnóstico e critérios para a ideal condução do protocolo de ME, fossem discutidos. Victorino e Ventura (2017), por exemplo, apontam que uma das possibilidades de treinamento é a participação, dos profissionais, em ligas acadêmicas sobre o tema dos transplantes e suas intersecções. Além disto, esses autores enfatizam a importância de se discutir o tema da doação de órgãos e transplante, desde a educação básica, a fim de aproximar a população deste contexto, promovendo, assim, uma verdadeira educação em saúde.

Em consonância, Sleeman (2013) também destaca que o assunto morte e morrer deveria ser abordado nas bases curriculares dos cursos de medicina. Monteiro et al. (2015), contudo, reforçam que, uma vez que o despreparo vai além da esfera teórico-prática, a simples proposição de debates acadêmicos não seria suficiente. Para esses autores, é preciso que o médico tenha “*consciência de seus limites curativos e possa*

aprender a tratar o sujeito durante o processo de morrer, dessa forma, estando mais seguro para falar sobre a morte com os envolvidos” (p. 562).

O que se pretende é que o conhecimento, principalmente em relação ao diagnóstico aqui discutido, seja acessível não apenas pelos profissionais, mas alcance até mesmo as camadas mais populares. Além de possibilitar o empoderamento da população, a autora acredita que este é o caminho a ser trilhado para que a morte deixe de ter um status de assunto “tabu”.

Considerações Finais

Destaca-se que os objetivos propostos na Introdução foram atingidos, sendo possível, ao final deste estudo, conhecer os processos de comunicação das equipes de OPO/HBDF e das CIHDOTT dos hospitais de ensino do DF.

As principais contribuições científicas deste trabalho se referem à descrição das principais variáveis (dos familiares e dos pacientes potenciais doadores) que interferem - positiva ou negativamente - à ideal execução da tarefa de comunicar ME para obtenção de consentimento à doação de órgãos e tecidos para transplante. De forma complementar, a principal contribuição social é o conhecimento do posicionamento que o profissional de saúde faz destas variáveis e como isto pode influenciar o trabalho, permitindo que futuras pesquisas elaborem estruturas para enfrentamento e novas possibilidades de ação dos profissionais de saúde lotados em equipes de captação e comunicação de ME. Isto equivale a pensar que estudos futuros poderiam ser realizados a fim de contribuir com medidas práticas de ação, no dia a dia, para a melhor comunicação dos profissionais com os familiares de potenciais doadores. Além disto, a partir dos dados do presente estudo, poder-se-ia propor intervenções que possibilitassem aos profissionais das equipes de

CIHDOTT um melhor enfrentamento de situações desafiadoras, buscando prevenir o adoecimento no trabalho.

Aponta-se, como principal limitação do estudo, o fato de contemplar a realidade apenas do Distrito Federal, excluindo-se outras unidades da federação. Outra limitação considerável se deve ao caráter transversal das entrevistas, sendo perdido o conteúdo que poderia ter sido observado, por exemplo, caso outra etapa do estudo assim previsse.

Possibilidades para estudos futuros poderiam prever uma etapa de coleta de dados em que o pesquisador fosse observador, participando de situações reais de comunicação de ME; ou, ainda, pudesse conviver com as equipes, no processo de elaboração psíquica que os protocolos de ME poderiam provocar entre os profissionais, o que, como já citado, poderia ser representado na vivência de sentimentos psicologicamente adversos, como tristeza e angústia. Um estudo que permitisse tal tipo de coleta, provavelmente, captaria informações que o modelo de entrevistas, conforme proposto no presente estudo, tenha sido insuficiente para obter. Limitação adicional se deve ao fato de que nem todos os profissionais componentes das equipes de CIHDOTT e OPO foram entrevistados por não terem realizado, até aquele momento, entrevista com familiares. Pode-se pensar que, caso estes profissionais tivessem tido algum tipo de abordagem, poderiam ter contribuído com mais conteúdo, principalmente sobre possíveis limitações na execução das tarefas.

Sugere-se que novos estudos sejam feitos a fim de medir possível replicação dos dados aqui encontrados. Além disto, seria de particular importância medir os efeitos que treinamentos específicos poderiam ter sobre a habilidade de comunicação de ME, bem como isso se refletiria em maior adesão familiar à doação de órgãos.

Estudos futuros também poderiam ser elaborados com etapa de treinamento e formação, dos profissionais, para comunicação de más notícias. Em um momento futuro, o pesquisador mede, a partir de entrevistas semiestruturadas ou questionários, o ganho

que o treinamento ofertado significou no conhecimento teórico e técnico do profissional. E em outro momento, observar-se-ia, então, a taxa de adesão à doação que esta equipe, já treinada, obtém, comparando-se com o período anterior ao treinamento. Isto permitiria certificar que o treinamento contínuo dos profissionais influencia uma adequada comunicação, que repercute positivamente sobre uma maior obtenção de consentimentos à doação de órgãos e tecidos.

Referências

- Anker, A. E., Feeley, T. H., Friedman, E., & Kruegler, J. (2009). Teaching organ and tissue donation in medical and nursing education: A needs assessment. *Progress in Transplantation*, 19(4), 343-328. doi: 10.1177/152692480901900409
- Araújo, M. N. & Massarollo, M. C. K. B. (2014). Conflitos éticos vivenciados por enfermeiros no processo de doação de órgãos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(3), 215-220. doi:10.1590/1982-0194201400037
- Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (2015a). Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro/junho de 2015. *Registro Brasileiro de Transplantes*, XXI(2), s/n.
- Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. (2015b). Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2008-2015). *Registro Brasileiro de Transplantes*, XXI(4), s/n.
- Bragança, R. J. V. (n.d). Histórico do Transplante Renal. Disponível em: <http://www.infonet.com.br/sysinfonet/images/secretarias/Not%C3%ADcias/66033/Hist%C3%B3rico%20de%20transplante%20renal.pdf> . Acessado em: 22 de setembro de 2015.
- Brasil (2001). Lei No. 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei No. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 mar. 2001. Seção Extra, 6.
- Brasil (1997a). Lei No. 9434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção e órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 5 fev. 1997. Seção 1.

- Brasil (1997b). Decreto No. 2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei No. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1 jun. 1997. Seção 1, p. 13739-42.
- Brasil (1992). Lei No. 8489, de 18 de novembro de 1992. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 de novembro 1992. Seção 1, 16065.
- Brasil (1990). Lei No. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 setembro 1990. Seção 1, 18055.
- Brasil (1968). Lei No. 5.479, de 10 de agosto de 1968. Dispõe sobre a retirada tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 14 de agosto de 1968. Seção 1, 7177.
- Brasil (1963). Lei No. 4.280, de 6 de novembro de 1963. Dispõe sobre a extirpação de órgão ou tecido de pessoa falecida. *Diário Oficial da União*, Brasília, 11 de novembro de 1963. Seção 1, 9482.
- Brasil (2009). Portaria No. 2600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. *Diário Oficial da União*, Brasília, 30 de outubro de 2009. Seção 1, 119.
- Brito, L. D. & Prieb, R. G. (2012). Fatores de interferência no processo de doação de órgãos e tecidos: revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Transplante*, 15(2), 1676-1681.

- Cameron, K. A. (2009). A practitioner's guide to persuasion: An overview of 15 selected persuasion theories, models and frameworks. *Patient Education and Counseling*, 74, 309-317. doi:10.1016/j.pec.2008.12.003.
- Candeias, N. M. F. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*, 31(2), 209-213.
- Cappellaro, J., Silveira, R. S., Lunardi, V. L., Corrêa, L. V. O., Sanchez, M. L., & Saioron, I. (2014). Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante: questões éticas. *Revista Rene*, 15(6), 949-956.
- Cavalcante, L. P., Ramos, I. C., Araújo, M. A. M., Alves, M. D. S., & Braga, V. A. B. (2014). Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(6), 567-672. doi: 10.1590/1982-0194201400092
- Collins, T. J. (2004). Organ and tissue donation: A survey of nurse's knowledge and educational needs in an adult ITU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21, 226-233. doi: 10.1016/j.iccn.2004.10.006
- Conselho Federal de Medicina (1997). Resolução CFM n. 1.480, de 8 de agosto de 1997. Critérios de morte encefálica. *Diário Oficial da União*, Brasília, 21 ago. 1997. Seção 1, 18227-18228.
- Conselho Federal de Medicina (2002). Resolução CFM n.1638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 de agosto de 2002. Seção 1, 184-185.
- Conselho Federal de Medicina (2007). Resolução CFM No. 1.826, de 24 de outubro de 2007. Suspensão de suporte terapêutico na determinação de morte encefálica. *Diário Oficial da União*, Brasília, 06 dez. 2007. Seção 1, 133.

- Conselho Nacional de Saúde (2012). Resolução CNS No. 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, 13 junho 2013. Seção 1, 59.
- Coriolano-Marinus, M. W. L., Queiroga, B. A. M., Ruiz-Moreno, L. & Lima, L. S. (2014). Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde & Sociedade*, 23(4), 1356-1369. Doi: 10.1590/S0104-12902014000400019
- Ferraz, F., Silva, L. W. S., Silva, L. A. A., Reibnitz, K. S., & Backes, V. M. S. (2005). Cuidar educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(5), 607-610.
- Flodén, A., Berg, M. & Forsberg, A. (2011). ICU nurses' perceptions of responsibilities and organisation in relation to organ donation: A phenomenographic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27, 305-316. doi: 10.1016/j.iccn.2011.08.002
- Gregorini, A. C. (2010). Doar ou não? Aspectos envolvidos na doação de órgãos e Tecidos. Trabalho de Conclusão de Curso, Não Publicado. Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC.
- Guido, L. A., Linch, G. F. C., Andolhe, R., Conegatto, C. C., & Tonini, C. C. (2009). Estressores na assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(6), 01-07.
- Hadders, H. & Alnaes, A. H. (2013). Enacting death: Contested practices in the organ donation clinic. *Nursing Inquiry*, 20(3), 245-255. doi: 10.1111/j.1440-1800.2012.00603.x
- Holanda, A. B. (2012). Novo Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Editora Positivo.
- Hosseini, S. T. M., Manzari, Z., & Khaleghi, I. (2015). ICU Nurses' knowledge, attitude, and practice towards their role in the organ donation process from brain-dead patients

- and factors influencing it in Iran. *International Journal of Organ Transplantation Medicine*, 6(3), 105-113.
- Jucks, R., Paus, E., & Bromme, R. (2012). Patients' knowledge and health counseling: What kind of information helps to make communication patient-centered? *Patient Education and Counseling*, 88(2), 177-183. doi:10.1016/j.pec.2012.01.011.
- Kim, J. R., Fisher, M. J., & Elliot, D. (2005). Attitudes of intensive care nurses towards brain death and organ transplantation: Instrument development and testing. *Journal of advanced nursing*, 53(5), 571-582. doi: [10.1111/j.1365-2648.2006.03759.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03759.x)
- Kocaay, A. F., Celik, S. U., Ekter, T., Akyol, C., & Tuzuner, A. (2015). Brain death and organ donation: Knowledge, awareness and attitudes of medical, law, divinity, nursing and communication students. *Transplantation Proceedings*, 47, 1244-1248. doi: 10.1016/j.transproceed.2015.05.071
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kubler-Ross, E. (1926/2008). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: Martins Fontes. Tradução Paulo Menezes.
- Lamb, D. (2000). *Transplante de Órgãos e Ética*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/Hucitec. Tradução Jorge Curbelo.
- Lee, T. (2011). Brain Death Doubts. *Australian Nursing Journal*, 19(2), 17-18.
- Leite, R. C. C. (2000). *Transplantes de órgãos e tecidos e os direitos da personalidade*. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira.
- Lemes, M. M. D. D. & Bastos, M. A. R. (2007). Os cuidados de manutenção dos potenciais doadores de órgãos: estudo etnográfico sobre a vivência da equipe de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(5), 01-07.

- Lino, C. A., Augusto, K. L., Oliveira, R. A. S., Feitosa, L. B., & Caprara, A. (2011). Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1), 52-57.
- Martins, G. Z. & Porto, D. (2010). Morte encefálica em não doador: quando desligar os aparelhos? *Revista Bioética*, 18(2), 261-262.
- Martínez-Alarcón, L., Ríos, A., López, M. J., Guzmán, D., López-Navas, A., Parrilla, P., & Ramírez, P. (2009). Do nursing students understand the meaning of brain death? *Transplantation Proceedings*, 41, 2060-2063. doi: 10.1016/j.transproceed.2009.06.020
- Meneses, R. D. B. (2014). Transplante de órgãos: orientações axiológico-éticas e jurídicas. *Revista de Bioética Latinoamericana*, 14, 105-142.
- Monforte-Royo, C. & Roqué, M. V. (2012). The organ donation process: A humanist perspective based on the experience of nursing care. *Nursing Philosophy*, 13, 295-301. doi: 10.1111/j.1466-769X.2012.00544.x
- Monteiro, D. T., Reis, C. G. C., Quintana, A. M., & Mendes, J. M. R. (2015). Morte: o difícil desfecho a ser comunicado pelos médicos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(2), 547-567.
- Moraes, E. L., Neves, F. F., Santos, M. J., Merighi, M. A., & Massarollo, M. C. K. B. (2015). Experiências e expectativas de enfermeiros no cuidado ao doador de órgãos e à sua família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(2), 129-135. doi: 10.1590/S0080-623420150000800018
- Moraes, E. L., Santos, M. J., Merighi, M. A. B., & Massarollo, M. C. K. B. (2014). Vivência dos enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(2), 226-233. doi: 10.1590/0104-1169.3276.2406

- Morais, R. T. & Moraes, R. M. (2012). Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. *Saúde em Debate*, 95(36), 633-639.
- Moreira, M. F., Nóbrega, M. M., & Silva, M. I. (2003). Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(2), 184-188.
- Moritz, R. D. (2005). Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Bioética*, 13(2), 51-63.
- Nicely, B. & De Lario, G. T. (2011). Virginia Henderson's principles and practice of nursing applied to organ donation after brain death. *Progress in Transplantation*, 21(1), 72-77. doi: 10.1177/152692481102100110
- Oroy, A., Stromskag, K. E., & Gjengedal, E. (2013). Approaching families on the subject of organ donation: A phenomenological study of the experience of healthcare professionals. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, 202-211. doi: 10.1016/j.iccn.2013.02.003
- Passamai, M. P. B., Sampaio, H. A. C., Dias, A. M. I., & Cabral, L. A. (2012). Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16, 301-314.
- Pearson, A., Robertson-Malt, S., Walsh, K., & Fitzgerald, M. (2001). Intensive care nurses' experience of caring for brain dead organ donor patients. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 132-139. doi: 10.1046/j.1365-2702.2001.00447.x
- Pelleriaux, B., Roels, L., Van Deynse, D., Smiths, J., Cornu, O., & Delloye, C. (2008). An analysis of critical care staff's attitudes to donation in a country with presumed-consent legislation. *Progress in Transplantation*, 18(3), 173-178. doi: 10.1177/152692480801800305

- Pereira, M. A. G. (2005). Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(1), 33-37.
- Pessoa, J. L. E., Schirmer, J., & Roza, B. A. (2013). Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(4), 323-330.
- Pestana, A. L., Erdmann, A. L., & Sousa, F. G. M. (2012). Emergindo a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 16(4), 734-740.
- Pestana, A. L., Santos, J. L. G., Erdmann, R. H., Silva, E. L. S., & Erdmann, A. L. (2013). Pensamento *Lean* e cuidado ao paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 47(1), 258-264.
- Powell, T. (2014). Brain Death: What Health Professionals Should Know. *American Journal of Critical Care*, 23(3), 263-266. doi: 10.4037/ajcc2014721
- Queiroz, M. V., Dantas, M. C., Ramos, I. C., & Jorge, M. S. (2008). Tecnologia e cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(1), 55-63.
- Quintana, A. M. & Arpini, D. M. (2009). Doação de órgãos: possíveis elementos de resistência e aceitação. *Boletim de Psicologia*, 59(130), 91-102.
- Reid, M., McDowell, J. & Hoskins, R. (2011). Communicating news of a patient's death to relatives. *British Journal of Nursing*, 20(12), 737-742.
- Ríos, A., Ramírez, P., del Mar Rodríguez, M., Martínez-Alarcón, L., Lucas, D., Alcaraz, J., Montoya, M. J., & Parrilla, P. (2007). Benefit of a Hospital Course About Organ Donation and Transplantation: An Evaluation by Spanish Transplant Personnel. *Transplantation Proceedings*, 39, 1310-1313. doi: [10.1016/j.transproceed.2007.02.073](https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2007.02.073)

- Ronayne, C. (2009). A phenomenological study to understand the experiences of nurses with regard to brainstem death. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25, 90-98. doi: [10.1016/j.iccn.2008.06.001](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2008.06.001)
- Salladay, S. A. (2002). Ethical problems. *Nursing*, 32(3), 66-67. doi: 10.6325902.nurse
- Sadala, M. L. A., Lorençon, M., Cercal, M., & Schelp, A. (2006). Caring for organ donors: The intensive care unit physicians' view. *Heart & Lung*, 35, 190-197. doi: [10.1016/j.hrtlng.2005.12.004](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2005.12.004)
- Salles, P. S., & Castro, R. C. B. R. (2009). Validação de material informativo a pacientes em tratamento quimioterápico e aos seus familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(1), 182-189.
- Santos, M. J., Moraes, E. L. e Massarollo, M. C. K. B. (2012). Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. *O Mundo da Saúde*, 36(1), 34-40.
- Schein, A. E., Carvalho, P. R. A, Rocha, T. S., Guedes, R. R., Moschetti, L., La Salvia, J. C., & La Salvia, P. C. (2008). Avaliação do Conhecimento de Intensivistas sobre Morte Encefálica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(2), 144-148.
- Silva, L. C. (2009). O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. *Psicologia América-Latina*, 16. Recuperado em 21 de junho de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2009000100007&lng=pt&tlng=pt.
- Silveira, P. V. P., Silva, A. A., Oliveira, A. C. S., Alves, A. J., Quaresimin, C. R., Moraes, C., Oliveira, F. S., Magalhães, M. J., & Alves R. M. (2009). Aspectos éticos da legislação de transplante e doação de órgãos no Brasil. *Bioética*, 17(1), 61-75.
- Slade, J. & Lovasik, D. (2002). Understanding brain death criteria. *Nursing*, 32(12), 68-69.

- Sleeman, E. K. (2013). End-of-life communication: Let's talk about death. *Journal of Royal College of Physicians of Edinburgh*, 43, 197-199. doi: 10.4997/JRCPE.2013.302
- Souza, S. S., Borenstein, M. S., Silva, D. M. G. V., Souza, S. S., & Carvalho, J. B. (2013). Situations of stress experienced by nursing staff in the care of potential organ donor. *Journal of Research Fundamental Care Online*, 5(3), 42-52. doi: 10.9789/2175-5361.2013v5n3p42
- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da Saúde: uma abordagem biopsicossocial*. Porto Alegre: Artmed. Tradução Ronaldo Cataldo Costa.
- Teixeira, R. K. C, Gonçalves, T. B. e Silva, J. A. C. (2012). A intenção de doar órgãos é influenciada pelo conhecimento populacional sobre morte encefálica? *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 24(3), 258-262.
- Victorino, J. P. & Ventura, C. A. A. (2017). Doação de órgãos: tema bioético à luz da legislação. *Revista Bioética*, 25(1), 138-147. doi: 10.1590/1983-80422017251175
- White, G. (2003). Intensive care nurses' perceptions of brain death. *Australian Critical Care*, 16(1), 07-14.

E. OBSERVAÇÕES

1 - Interessa, para o diagnóstico de morte encefálica, exclusivamente a arreatividade supraespinal. Consequentemente, não afasta este diagnóstico a presença de sinais de reatividade infraespinal (atividade reflexa medular) tais como: reflexos osteotendinosos ("reflexos profundos"), cutâneo-abdominais, cutâneo-plantar em flexão ou extensão, cremastérico superficial ou profundo, ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos flexores de retirada dos membros inferiores ou superiores, reflexo tônico cervical.

2 - Prova Calórica

2.1 - Certificar-se de que não há obstrução do canal auditivo por cerumen ou qualquer outra condição que dificulte ou impeça a correta realização do exame.

2.2 - Usar 50ml de líquido (soro fisiológico, água, etc) próximo de 0 grau Celsius em cada ouvido.

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

2.4 - Constatar a ausência de movimentos oculares.

3 - Teste da Apnéia

No doente em coma, o nível sensorial de estímulo para desencadear a respiração é alto, necessitando-se de pCO_2 de até 55mmHg, fenômeno que pode determinar um tempo de vários minutos entre a desconexão do respirador e o aparecimento dos movimentos respiratórios, caso a região ponte bulbar ainda esteja íntegra. A prova da apnéia é realizada de acordo com o seguinte protocolo:

3.1 - Ventilar o paciente com O_2 de 100% por 10 minutos.

3.2 - Desconectar o ventilador.

3.3 - Instalar catéter traqueal de oxigênio com fluxo de 6 litros por minuto.

3.4 - Observar se aparecem movimentos respiratórios por 10 minutos ou até quando o pCO_2 atingir 55mmHg.

4 - Exame complementar

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

5 - Em pacientes com dois anos ou mais

- 1 exame complementar entre os abaixo mencionados:

5.1 - Atividade circulatória cerebral: angiografia, cintilografia radioisotópica, doppler transcraniano, monitorização da pressão intracraniana, tomografia computadorizada com xenônio, SPECT.

5.2 - Atividade elétrica: eletroencefalograma.

5.3 - Atividade metabólica: PET, extração cerebral de oxigênio.

6 - Para pacientes abaixo de 02 anos:

6.1 - De 1 ano a 2 anos incompletos: o tipo de exame é facultativo. No caso de eletroencefalograma são necessários 2 registros com intervalo mínimo de 12 horas.

6.2 - De 2 meses a 1 ano incompleto: dois eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas.

6.3 - De 7 dias a 2 meses de idade (incompletos): dois eletroencefalogramas com intervalo de 48 horas.

7 - Uma vez constatada a morte encefálica, cópia deste termo de declaração deve obrigatoriamente ser enviada ao órgão controlador estadual (Lei 9.434/97, Art 13).

Anexo 2. Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) senhor(a) está sendo convidada a participar do projeto: **“Comunicação de más notícias: a distância entre morte encefálica e a doação de órgãos”**. O nosso objetivo é **compreender o processo de comunicação do diagnóstico de morte encefálica**.

O (a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de uma entrevista que você deverá responder no setor de _____ na data combinada com um tempo estimado para seu preenchimento de: 10 minutos. Não existe, obrigatoriamente, um tempo pré-determinado para responder a entrevista. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em **qualquer** momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no Setor _____ e na Instituição _____, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Isabela Castelli, na instituição Laboratório de Estudos de Desenvolvimento em Condições Adversas da Universidade de Brasília telefone (61) 31076907, no horário de 8h às 14h, de segunda-feira à sexta-feira.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

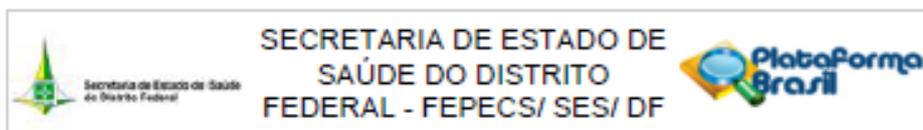
Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____

Anexo 3. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comunicação de más notícias: a distância entre morte encefálica e doação de órgãos.

Pesquisador: Ivan Castell

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53538716.5.0000.5553

Instituição Proponente: DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.440.623

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa de autoria de aluna de graduação do Curso de Psicologia da UnB, sob a coordenação de profissional médico da SES, que aborda a comunicação de más notícias, a distância entre a morte encefálica e a doação de órgãos.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar os processos de comunicação do diagnóstico de morte encefálica, no contexto das equipes da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do HBDF, bem como das equipes de Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante dos Hospitais de Ensino do DF: HRAN, HMIB, HRP, HRS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco de constrangimento ou reação emocional adversa citados, poderá ser sanado com apoio psicológico e a interrupção da entrevista. Por benefícios cita que a análise das habilidades de comunicação dos profissionais da equipe, potencializará a aceitação familiar para doação de órgãos; Apontar eventuais melhorias ao atendimento prestado às famílias; Identificar as vulnerabilidades de comunicação e de apoio psicossocial dos profissionais de saúde a familiares de pacientes diagnosticados com morte encefálica.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-604
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (81)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL - FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 1.440.023

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Pesquisa que pretende aplicar aos profissionais de saúde, um roteiro de perguntas por meio de questionário semi estruturado, cujas entrevistas serão gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra para análise temática de conteúdo. As categorias temáticas serão definidas a partir de análise funcional. Em outra fase, serão analisados órgãos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou satisfatoriamente: TCLE com menção ao CEP/FEPECS, com o devido telefone para contato; termo autorizativo de utilização de som de voz e imagem; folha de rosto; termo de concordância de Diretorias e Coordenações das unidades envolvidas na pesquisa; critérios de exclusão e inclusão; riscos e benefícios; cronograma; planilha de custos; curriculum; bibliografia, questionário semi estruturado.

Recomendações:

Todos os itens de apresentação obrigatória foram reportados no Projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, e somente poderá se iniciar após a aprovação do CEP. O pesquisador deverá encaminhar relatório final, após a pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_668612.pdf	25/02/2016 11:13:56		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataformaBrasilAtualizado.docx	25/02/2016 11:13:22	Isabela Castell	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoAutorizImagemSomPreenchido.doc	25/02/2016 11:12:04	Isabela Castell	Acelto

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL - FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 1.440.023

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	25/02/2016 11:11:50	Isabela Castell	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CVIvanCastell.pdf	25/02/2016 11:11:02	Isabela Castell	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cepmoCVITAEADPERSON.doc	25/02/2016 11:10:45	Isabela Castell	Aceito
Declaração de Pesquisadores	0015.jpg	25/02/2016 11:10:20	Isabela Castell	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaSobradinho.jpg	25/02/2016 11:09:50	Isabela Castell	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciParanoa.jpg	25/02/2016 11:09:33	Isabela Castell	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciHRAN.jpg	25/02/2016 11:09:19	Isabela Castell	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciHMIB.jpg	25/02/2016 11:09:05	Isabela Castell	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoDeConcordancia3.pdf	25/02/2016 11:08:43	Isabela Castell	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostorvan2.pdf	25/02/2016 11:07:22	Isabela Castell	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 07 de Março de 2016

Assinado por:
Helo Bergo
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-604
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

Página 02 de 02

Anexo 4. Roteiro de Entrevista.

- (1) Considere a seguinte situação: estamos no momento da entrevista com os familiares de um potencial doador. Eu sou o familiar em questão. Explique como você aborda os familiares e faça a entrevista comigo.

- (2) Você segue um protocolo pré-estabelecido para executar a entrevista com os familiares? Qual? (Nome do protocolo, o autor, origem, peça uma cópia - se existir uma).

- (3) Se não há protocolo pré-estabelecido, o que você leva em consideração em sua forma de agir? Como você estruturou essa forma de conduta (por exemplo: aprendeu em aula, foi ensinado pelo chefe, fez treinamento, aprendeu com sua experiência - errando e acertando, ?...).

- (4) Qual a parte que você considera a mais difícil do seu trabalho? Por quê?

- (5) Qual a parte que você considera mais prazerosa do seu trabalho? Por quê?

- (6) Quais as variáveis da família e do doador você observa (leva em consideração) ao abordar a família? (Por exemplo: idade do doador, idade do acompanhante, grau de parentesco, religião, algum comportamento, etc)

- (7) Desde que você faz parte dessa equipe, já lhe foi oferecido algum treinamento e/ou curso de formação para comunicação de morte encefálica/comunicação com a família?

- (8) Você já solicitou, em algum momento, a possibilidade de fazer algum curso de treinamento, aperfeiçoamento ou treinamento técnico para exercer suas atividades? Qual? Quais resposta obteve?

- (9) Você considera que na sua vivência profissional alguma situação tenha sido um conflito ético para você? Você poderia relatar alguma situação referente a conflito ético que você tenha vivenciado ou observado? Como você agiu nesta situação?

(10) Que funções cerebrais devem estar ausentes para uma pessoa ser declarada em morte encefálica?

- a) Perda irreversível de toda a função cortical cerebral;
- b) Perda irreversível de toda a função cortical e de tronco cerebral;
- c) Variável conforme a lei;
- d) Desconhece.

(11) Há necessidade legal de exames complementares para estabelecer o diagnóstico de morte encefálica?

- a) Sim;
- b) Não.

(12) Um paciente adulto inicia o protocolo de morte encefálica às 12 horas, faz o segundo exame clínico e o exame complementar às 18 horas do mesmo dia. Torna-se doador de órgãos. Qual o horário do óbito?

- a) O da abertura do protocolo (12h);
- b) O do fechamento do protocolo (18h);
- c) O da retirada dos órgãos.

(13) Como julga a sua segurança para explicar o que é morte encefálica para a família de um paciente?

(nenhuma segurança)

(grande segurança)

1

2

3

4

5

(14) Há algum conteúdo que não perguntamos e você gostaria de comentar sobre o processo de atendimento e captação de órgãos?

Sexo: _____

Idade: _____

Formação Acadêmica: _____

Formação complementar, caso haja (residência, mestrado, especialização)

Tempo de trabalho com a equipe: _____

Experiências profissionais pelas quais já passou: _____