

Abordagem do enfermeiro à família no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos

Nurse's approach to the family at process of donation and transplantation of organ and tissue

Patrick Leonardo Nogueira da Silva¹ • Larissa Dias Ramos² • Leyla Thamyris Silva Fagundes³ • Carolina dos Reis Alves⁴ • Adélia Dayane Guimarães Fonseca⁵ • Cláudio Luís de Souza Santos⁶ • Fábio Batista Miranda⁷

RESUMO

Objetivo: identificar a percepção do enfermeiro na abordagem familiar durante a sua atuação no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos. **Método:** trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em um hospital de referência do município de Montes Claros, Minas Gerais, com cinco enfermeiros atuantes na Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes. Utilizou-se uma entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados. A análise dos dados se deu por meio de Análise de Conteúdo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer consubstanciado nº 2.890.870/2018. **Resultados:** observou-se nos depoimentos coletados, após a categorização, a importância intrínseca do enfermeiro como elo no processo de captação e doação de órgãos. É estabelecida a atuação do profissional na participação da abordagem à família, de modo a destacar os aspectos facilitadores e dificultadores desta abordagem havendo um envolvimento psicoemocional entre o profissional e a família. **Conclusão:** o profissional enfermeiro é o mediador em todo o processo, desde a captação até a doação. Estabelece toda a comunicação familiar por meio da abordagem, de modo a orientá-los sobre a importância do processo o qual repercuti na vida de outra família.

Palavras-chave: Obtenção de Tecidos e Órgãos; Papel do Profissional de Enfermagem; Família.

ABSTRACT

Objective: to identify the perception of nurses in the family approach during their process of donating and transplanting organs and tissues. **Methods:** descriptive study, exploratory, with a qualitative approach, carried out in a referral hospital in the municipality of Montes Claros, Minas Gerais, with five nurses working in the Intra-Hospital Commission for Donating Organs and Tissues for Transplants. A semi-structured interview was used as a data collection instrument. Data analysis took place through Content Analysis. The research project was approved by the Research Ethics Committee under consubstantiated opinion No. 2.890.870/2018. **Results:** in the statements collected, after the categorization, the intrinsic importance of the nurse as a link in the process of organ donation and donation was observed. The performance of the professional in the participation of the approach to the family is established, in order to highlight the facilitating and hindering aspects of this approach, with a psycho-emotional involvement between the professional and the family. **Conclusion:** the professional nurse is the mediator in the entire process, from collection to donation. It establishes all the family communication through the approach, in order to guide them on the importance of the process which I had repercussions on the life of another family.

Palavras-chave: Obtaining Tissues and Organs; Role of the Nursing Professional; Family.

NOTA

1 Acadêmico do curso de graduação em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE). Enfermeiro, Mestrando em Cuidado Primário em Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil.

2 Enfermeira pelas Faculdades Santo Agostinho (FASA). Montes Claros, MG, Brasil.

3 Enfermeira pelas Faculdades Santo Agostinho (FASA). Montes Claros, MG, Brasil.

4 Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Professora do Departamento de Enfermagem da UNIMONTES. Montes Claros, MG, Brasil.

5 Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de Fora, MG, Brasil.

6 Enfermeiro, Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Conselheiro Suplente do Conselho Regional de Saúde de Minas Gerais (COREN-MG). Montes Claros, MG, Brasil.

7 Enfermeiro, Doutorando em Enfermagem e Biociências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida do ser humano continua sendo o objetivo mais evidente da continuidade de estudos e pesquisas, e a doação de órgãos, nos dias atuais, é um passo significativo para a reabilitação do homem. Com a Lei nº 9.434⁽¹⁾, de 04 de fevereiro de 1997, que normatiza a remoção de órgãos ou tecidos do corpo humano para fins de tratamento ou transplantes, foi criado o Sistema Nacional de Transplantes (SNT). O Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto política pública, busca fortalecer de forma concreta as novas demandas que se apresentam no campo da saúde, em suas múltiplas dimensões, quanto à questão social. Em conformidade com o regulamento técnico estabelecido, o Ministério da Saúde (MS) tem investido, também, na capacitação das equipes de captação para melhorias nos índices da doação⁽²⁾.

Nota-se que a doação e transplante de órgãos e tecidos (DTOT) é uma opção terapêutica segura e eficaz na recuperação e reabilitação de múltiplas doenças, promovendo a melhoria na qualidade de vida (QV), bem como na sua perspectiva. Entretanto, existem fatores limitadores que dificultam o desenvolver desse processo, dentre eles estão: a não notificação de pacientes com diagnóstico de morte encefálica às centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos; a falta de política de educação continuada aos profissionais da saúde quanto ao processo de DTOT; a recusa familiar motivada pelo desconhecimento sobre o funcionamento do processo; e a falta de preparo do profissional ao abordar a família no momento da perda do ente⁽³⁾.

A DTOT passou a ser mais enfatizada a partir da estruturação da Política Nacional De Transplante (PNT) que dispõe por meio da Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001, que a retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para realizar o transplante dependerá da autorização do cônjuge ou parente maior de idade, consentida através de documento subscrito por duas testemunhas presentes⁽⁴⁾.

Quando existe a identificação de um potencial doador em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Pronto Socorro (PS), há a obrigatoriedade de notificação compulsória à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CNCDO), descentralizados em Organização de Procura de Órgãos (OPO). Assim, os profissionais de uma UTI têm o compromisso ético de notificar um potencial doador à CNCDO de seu estado. Qualquer pessoa pode se tornar um possível doador de órgãos, de modo que o mesmo seja diagnosticado com morte encefálica (ME) por uma equipe especializada e preparada, e ter a autorização da família posteriormente ao óbito⁽⁵⁾.

A recusa da doação de órgãos pelo familiar abordado é um dos maiores problemas enfrentados na captação

de órgãos. Embora o transplante de órgãos seja um tema abordado recentemente na mídia, ainda há preceitos morais, éticos e religiosos no contexto familiar que devem ser esclarecidos⁽⁶⁾. Nesse contexto, registros divulgados pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) mostram que, entre 2010 a 2017, a taxa de doadores efetivos cresceu 69%, tendo passado de 9,9 partes por milhão da população (pmp) para 16,6 pmp. Os dados mostram ainda aumento na taxa de notificação de potenciais doadores e a de efetivação da doação, em 41% e 21% respectivamente. Em 2017 o número de potenciais doadores foi de 51,5 pmp/ano, a não autorização familiar foi de 42% sobre o número total de potenciais doadores⁽⁷⁾.

O papel do enfermeiro no processo de DTOT é regulamentado por meio da Resolução nº 292, de 7 de junho de 2004, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que garante a esses profissionais grande participação e responsabilidades no processo de DTOT⁽⁸⁾. Nesse sentido, a enfermagem tem em sua abordagem ao familiar um dos maiores contribuintes para a efetivação ou não da DTOT. Ressalta-se também a importância da capacitação de profissionais de saúde envolvidos no processo e na busca de ações para diminuir a perda do potencial doador⁽⁹⁾.

Dessa forma, o enfermeiro deve apresentar-se como um elo entre a família e a captação de órgãos do potencial doador. Entretanto, acredita-se que esse contato encontra-se fragilizado e comprometido em função da limitação de conhecimentos e especialização por parte da enfermagem e falta de esclarecimento por parte da família. Sendo assim, objetivou-se identificar a percepção do enfermeiro na abordagem familiar durante a sua atuação no processo de captação e DTOT.

MÉTODOS

Artigo da monografia intitulada “Abordagem familiar no processo de doação de órgãos: o papel do enfermeiro”, apresentada ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Saúde e Desenvolvimento Humano Santo Agostinho/FASA. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. 2018.

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado na Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Hospital Santa Casa de Misericórdia (HSCM), localizada no município de Montes Claros, Minas Gerais, sendo referência técnica de modo a destacar-se como único hospital da região a realizar transplantes de órgãos como: rins, córneas e fígado, além de obter melhores resultados em relação à doação de órgãos. O estudo contou com a participação de cinco enfermeiros atuantes na Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT). Esta comissão existe desde 2006 e suas atividades encontram-se operantes até o presente momento.

A CIHDOTT é responsável por organizar e regular

todo o processo de doação de órgãos, desde a identificação de potenciais doadores, abordagem e acompanhamento psicológico da família até a articulação e o encaminhamento de informações para a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO). A CNCDO é de atuação regional e de responsabilidade do Estado, mas a sede está localizada dentro do HSCM de Montes Claros, sendo este cenário do estudo. Dessa forma, facilita, assim, a ampliação quantitativa e qualitativa na captação de órgãos.

Foi enviada uma carta de apresentação, juntamente com uma cópia do projeto de pesquisa, e um Termo de Consentimento Institucional (TCI) à direção clínica do HSCM para autorização do estudo. A instituição foi devidamente orientada quanto às diretrizes da pesquisa e autorizou a realização do estudo por meio da assinatura do TCI de modo a estar ciente. A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2018, durante os meses de outubro e novembro, pelo pesquisador responsável. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para participação na pesquisa: (1) ser enfermeiro em setores passíveis do maior índice de possível doação; (2) ter condições físicas e mentais de responder a entrevista; (3) tempo de profissão mínima de seis meses.

Utilizou-se um formulário com questões norteadoras, de elaboração própria, validado por meio de um pré-teste para adequação e viabilidade do instrumento de pesquisa. O pré-teste se deu na 1ª semana do mês de outubro de 2018 com outro enfermeiro desse mesmo setor do hospital, pré-selecionados intencionalmente para o processo de validação em dia e horário específico, bem como em local reservado. Foi aplicada uma entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados. Para a captação e armazenamento dos depoimentos dos participantes, fez-se o uso de um celular com gravador MP3. O término da entrevista foi determinado por meio da saturação dos dados. Os depoimentos foram transcritos na íntegra, categorizados e analisados através da Análise de Conteúdo⁽¹⁰⁾, percorrendo três fases: (1) pré-análise, (2) exploração do material e (3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Diante disso, o estudo permitiu a identificação de quatro categorias: “O enfermeiro como elo no processo de captação e DTOT”; “O papel crucial do enfermeiro na abordagem familiar”; “Aspectos facilitadores na abordagem do enfermeiro à família”; e “Aspectos dificultadores na abordagem do enfermeiro à família”. Ainda, a última categoria permitiu a fragmentação de mais quatro subcategorias, sendo essas: “Conhecimento prévio sobre ME associado à falta de esclarecimento profissional à família quanto ao prognóstico do paciente”; “Integração dos aspectos socioeconômicos, culturais e religiosos na demora da liberação do corpo para o velório”; “Abordando o

desconhecimento do desejo do familiar e a carga emocional e psicológica durante o processo”.

Os participantes foram devidamente orientados quanto às diretrizes do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação voluntária da pesquisa. Foi garantido o sigilo e o anonimato dos participantes do estudo. Os depoimentos foram identificados por meio de códigos compostos por uma letra do alfabeto latino (“E” = Enfermeiro), e números arábicos de 1 a 5 (E1-E5).

O estudo obedeceu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o qual regulamenta a realização da pesquisa envolvendo seres humanos⁽¹¹⁾. O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (CEP FIPMoc), via Plataforma Brasil, sob parecer substanciado nº 2.890.870/2018, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 96809418.0.0000.5109.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Categoria I – O enfermeiro como elo no processo de captação e DTOT

O enfermeiro deve apresentar-se como um elo entre família e a captação de órgãos do potencial doador. Entretanto, acredita-se que esse contato se encontra fragilizado e comprometido em função da limitação de conhecimentos e especialização por parte da enfermagem ou por dificuldades não contornadas pelos profissionais. Conforme o depoimento a seguir, observa-se a ênfase dada às atribuições do enfermeiro com relação ao mesmo ser o veículo de condução e ambientação do todo o processo abordado, de modo a estabelecer intermediação e inspiração à família na realização de uma tomada de decisão.

“O papel do enfermeiro na abordagem é primordial, é de muita importância, de muita relevância, porque é o enfermeiro que conduz toda a situação, é ele que é a ponte, que é a inspiração [...] ele que é o responsável, ele que conduz, ele que inspira, que orienta a família, para que ela tenha essa tomada de decisão”. (E1)

“O papel do enfermeiro é de suma importância, o que vai depender na nossa abordagem é como a família lida com o processo de morte, e como ela lida com o pós-morte, então a partir daquela morte ali vai salvar outras vidas”. (E2)

O enfermeiro tem um trabalho de suma importância no processo de captação e DTOT. Por atuar em todo o processo, o enfermeiro é o profissional que está mais próximo do paciente e da família, sendo responsável por realizar a abordagem familiar, na qual deve ser executada

com ética, respeitando-se o momento de dor e perda em que a família se encontra⁽¹²⁾. O enfermeiro, como mediador do processo da obtenção desse órgão, sendo responsável por abordar a família no período do diagnóstico da ME, torna-se a peça chave e definidora, na maioria dos casos, do sucesso ou insucesso em obter o consentimento familiar para a DTOT⁽⁹⁾.

Ao ponderar a importância do profissional enfermeiro e enfatizar sua necessidade no processo em geral, é possível agregar melhorias na abordagem familiar e ao mesmo tempo, incitar e valorizar o profissional responsável por essa conquista tão importante que é dar continuidade a vida humana. Não obstante, observa-se a importância da capacitação de profissionais de saúde envolvidos no processo e na busca de ações para diminuir a perda do potencial doador, objetivando elevar o número de doações e diminuir o sofrimento de pessoas em fila de espera⁽⁹⁾.

Categoria 2 – O papel crucial do enfermeiro na abordagem familiar

A abordagem da família requer do profissional muita cautela e sensibilidade tendo em vista o momento vivenciado por eles. Nos depoimentos, evidencia-se a utilização da empatia como recurso tático do enfermeiro para com o representante familiar, de modo que o mesmo se posicione no lugar de outro paciente a espera do transplante e se solidarize à causa, bem como enfatiza a importância desta ação na vida de outra família. A empatia, em muitas das vezes, repercute positivamente na vida de outro paciente e de sua família.

“[...] Sem invadir muito a pessoa, o enfermeiro pode pedir que o familiar se coloque no lugar de alguém que está na fila de um transplante esperando um órgão [...] e pedir que ele pense: se fosse você que estivesse numa fila de um transplante aguardando e, tivesse a oportunidade de ter um órgão, o que pensaria? o que você acharia? [...] então o enfermeiro deve conduzir de uma forma que faça o familiar refletir, pensar, e se fosse o contrário? E se fosse eu que estivesse precisando de uma decisão familiar? se fosse eu precisando de um órgão na fila de um transplante?” (E1)

“Eu costumo conversar com a família, no sentido de que se eles tivessem alguém que precisasse receber um órgão eles aceitariam o órgão? Se alguém da família precisasse receber um órgão vocês aceitariam? Na maioria das vezes a resposta é positiva. Sim, aceitaria! Então porque não doar para alguém que precisa? Isso costuma ter um impacto positivo”. (E3)

○ momento mais importante no processo de cap-

tação de órgãos é a abordagem familiar. Dessa forma, o profissional deve ser claro e sensível, oferecendo a doação como uma opção, não como uma obrigação, mas informando a possibilidade de proporcionar esperança e expectativa de vida para outra pessoa⁽¹³⁾. Salienta-se que o profissional não pode impor sua posição com relação à doação ou julgar absurda uma recusa, pois sua função não é convencer o familiar a doar, mas, esclarecer, respeitar e apoiar a decisão tomada pela família. Entretanto, utilizar o fator humano envolvido no processo da doação é um fator determinante como agente facilitador da tomada de decisão da família⁽⁶⁾. Estas características discutidas pelos autores anteriormente citados, cujo qual foca no processo empático, pode ser observada por meio das ações e condução da situação pelo enfermeiro descrito nos depoimentos.

Categoria 3 – Aspectos facilitadores na abordagem do enfermeiro à família

O ambiente calmo e tranqüilo é destacado e descrito pelos enfermeiros como o principal aspecto facilitador durante a abordagem à família pelo profissional. O acolhimento destas pessoas em local reservado e privativo para a promoção das informações necessárias, bem como um diálogo entre o profissional e a família, também está presente em suas falas e contribui para amenizar a dor da perda influenciando positivamente.

“O ambiente é parte fundamental, então para que tenha uma abordagem efetiva, é preciso que o ambiente esteja propício. Aqui já existe essa sala de acolhimento familiar que é uma sala aconchegante que foi feita pra isso, então o ambiente influencia positivamente”. (E1)

“Eu acho que só de ter um local mesmo, um local apropriado para gente estar abordando [...] do acompanhamento e as vezes a gente tem muitas atribuições no setor e esse tipo de abordagem demanda tempo, então você tem que parar, dar uma parada para poder abordar a família direito [...] e as vezes por causa da rotina do setor você não consegue esse tempo de abordar do jeito que deveria ser”. (E2)

Por essa razão, ao notificar o familiar da morte e da DTOT, os profissionais devem escolher um ambiente tranqüilo e calmo, de forma que seja proporcionada privacidade, e cujas informações sejam transmitidas de maneira clara e objetiva, esclarecendo todas as dúvidas⁽¹²⁾. Estudiosos⁽⁶⁾ corroboram com a mesma informação ao destacar em seu estudo que para ocorrer uma entrevista bem-sucedida, o local deve ser adequado. O médico e a equipe devem manter a família sempre informada sobre o quadro do paciente durante todo período de internação até o momento do óbito; deve existir clare-

za quanto ao diagnóstico de ME, e o entrevistador deve conhecer o processo de doação para poder esclarecer quaisquer dúvidas.

Entretanto, nem sempre os profissionais responsáveis pela entrevista familiar encontram um ambiente adequado para abordar a família, por falta de estrutura hospitalar. Apontam que os próprios profissionais que atuam na área da doação destacam e alertam que não há cursos, discussões de casos e ou trocas de experiências entre os próprios profissionais que atuam nesta área. Em seu estudo, 26% dos entrevistados como causa da recusa a doação foi à falta de competência técnica dos profissionais que realizaram a entrevista⁽¹⁴⁾. Salienta-se que o profissional que irá realizar a entrevista deve conhecer todas as fases do processo de DTOT, ter facilidade de expressar-se em diferentes situações, ter sensibilidade e respeitar o momento de dor da família⁽¹⁵⁾.

Categoria 4 – Aspectos dificultadores na abordagem do enfermeiro à família

Subcategoria 4.1 – Conhecimento prévio sobre ME associado à falta de esclarecimento profissional à família quanto ao prognóstico do paciente

A informação configura uma ferramenta de grande poder na mão da família, de modo a determinar os próximos passos desse paciente no processo de DTOT. Não ter o conhecimento ou tê-lo, mesmo que prévio, acerca do diagnóstico vivenciado, muitas das vezes pode contribuir para a demora no processo, bem como o prolongamento do sofrimento da família e do profissional que acompanha e assiste. Neste estudo, os enfermeiros entrevistados deixam claro em seus depoimentos a sua percepção sobre o baixo entendimento da ME por parte da família, fazendo-se necessário que os mesmos tenham ciência do processo fisiopatológico deste diagnóstico, bem como dos protocolos ministeriais os quais contemplam todo o fluxo de condutas preconizadas para o paciente com ME durante a DTOT.

“Então assim, muitas pessoas acham que, por exemplo... Ah tá respirando no aparelho [...] o paciente que tá no respirador, o tórax está expandindo, então familiar pensa assim, ‘não, ele tá respirando’, ‘ele tá quente ainda’, o pé dele às vezes tem um reflexo medular, o pé eleva, a mão mexe, então eles acham que está vivo. Então isso tudo precisa disseminar para o pessoal o que é morte cerebral, precisam entender, precisam aculturar as pessoas o significado da morte cerebral”. (E1)

“Outra coisa que influencia negativamente é a falta de informação de alguns familiares, que é pouco informada sobre o protocolo de morte

encefálica, de como o paciente é eleito, de como é sério esse trabalho, de todos os testes que são realizados, então, quanto menos a família conhece, é mais difícil”. (E4)

É abordado por estudiosos que ao se referir sobre o conhecimento, o esclarecimento e a compreensão dos familiares sobre ME, relata que os familiares não entendem o que é a ME e acham que, aceitando a doação dos órgãos, o médico e sua equipe podem induzir a morte do paciente⁽²⁾. Em outro estudo, a falta de entendimento da família sobre a ME dificulta a assimilação de que uma pessoa possa estar morta quando está com suporte avançado de vida (SAV). Nessa circunstância, aumenta a recusa da doação dos órgãos, pois a família interpreta o procedimento como sendo o mesmo que assassinar, decretar ou autorizar a morte do parente⁽¹⁶⁾.

O esclarecimento da família quanto ao repasse de informações sobre o quadro clínico do paciente, bem como do seu prognóstico, sendo este caracterizado pela melhora ou piora tendo em vista a sua evolução clínica, é de competência médica. A falta destas informações, em alguns casos, pode gerar na família um sentimento de esperança na plena recuperação do paciente depositada à equipe de saúde. Em outras situações, pode ser interpretado pela família como sendo descaso médico. A demora na difusão de informações pode ser entendida como a dificuldade do profissional na hora da abordagem por envolver sentimentos e emoções de ambas as partes que devem ser respeitadas e entendidas naquele momento. Sendo assim, muitos integrantes familiares não reagem bem com a piora do prognóstico do paciente, de modo a tornar difícil a previsibilidade de suas reações. Em outra situação, a falta de conhecimento sobre a ME, associado ao seu prognóstico, dificulta na captação e DTOT, tendendo à família recusar-se a autorização do processo.

“[...] quando o médico não passa a situação de maneira objetiva, a realidade do quadro do paciente. O fato da família não ter conhecimento de que está em morte encefálica, que não tem reação, desde o início, da gravidade do acidente, no momento de abordar essa família, eles ainda tem esperança, e fica ainda mais complicado”. (E4)

Estudiosos abordam que há pouco conhecimento dos familiares acerca da gravidade do quadro clínico do paciente. Por não compreenderem a fisiopatologia da ME, a família não consegue assimilar a presença de parâmetros vitais em um corpo tecnicamente estático, ou seja, como um corpo que possui batimentos cardíacos, que respira (com a ajuda dos equipamentos) e que às vezes ainda possui temperatura possa estar morto⁽¹⁴⁾.

Subcategoria 4.2 – Integração dos aspectos socioeconômicos, culturais e religiosos na demora da liberação do corpo para o velório

A não adesão ao processo de DTOT pode ter suas causas em bases socioeconômicas, tendo em vista o grau de escolaridade, por exemplo, o qual repercute diretamente no entendimento ou não de todo o contexto processual, de modo que a família fique com medo em tomar uma decisão que possa se arrepender posteriormente. A cultura familiar e religiosa constitui outro fator causal para a negativa do processo. A família, mesmo sem conhecer tanto sobre a DTOT, tem consciência da importância do processo, mas se um dos membros familiares for antagônico à doação, os demais optam pela não doação. Isso, pois, uma vez que nasceu com todos os órgãos, os mesmos devem ser velados e enterrados todos juntos. Vale ressaltar que o processo de DTOT é visto negativamente por muitos, pois o associam em decorrência da falta de conhecimento, com o tráfico de órgãos.

“Também tem a questão cultural, parte da família quer, outra parte não quer e aí por ter alguém que não quer decidem não doar”. (E2)

“Outra dificuldade que tem é a questão da cultura familiar, a religião, e tudo impacta negativamente para que a família tenha essa tomada de decisão”. (E1)

Em um estudo desenvolvido por meio da revisão sistemática, desvelou-se que o familiar favorável à doação desconsidera a sua intenção de doar por medo da repressão por parte de outro membro da família⁽¹⁶⁾. Ainda, é abordado sobre a desconfiança na assistência e o medo do comércio de órgãos havendo a crença de que a morte do parente possa ser antecipada ou induzida objetivando a doação dos órgãos.

O processo de liberação do corpo apresenta algumas etapas burocráticas. Após o óbito, o médico deve reconhecer e atestá-lo mediante o preenchimento correto e assinatura da Declaração de Óbito (DO), sendo esta composta por três vias cuja uma das vias é entregue à família. Somente após isso, o corpo poderá ser retirado e velado. A demora constitui um fator emocional muito grande o qual contribui para o aumento do sofrimento e angústia familiar, bem como na recusa da família com a DTOT, podendo ser observado nos depoimentos a seguir dos enfermeiros.

“O que a gente escuta de mais negativo é o fato de o corpo demorar em ser liberado para a família, muitas vezes o motivo da não doação é essa: ‘a não, o corpo vai demorar em ser liberado pra gente já providenciar o velório’. Então eles entendem que esse tempo aumenta o sofrimento”. (E4)

“Eu acho que só de falar que vai demorar já dificulta as coisas, que isso pode retardar a liberação do corpo, isso tem impacto negativo na decisão da família. [...] Nas experiências que eu tive, acho que o que a família mais tem medo é a demora na liberação do corpo. Eles têm pressa em velar. Aquele tempo da retirada e a demora parece uma eternidade, e ainda tem o medo de ficar deformado, o rosto (no caso da córnea), esse medo é um fator dificultador”. (E5)

É destacado nos estudos que os familiares têm medo da retirada dos órgãos por correlacionarem com a demora na liberação do corpo para o velório e o enterro, e de que o corpo sofra mutilações, devido à retirada dos órgãos. Além disso, a forma como foram tratados no decorrer das situações cotidianas no atendimento, influenciam diretamente na tomada de decisão da família. Os entrevistados da atual pesquisa elucidam sobre as dificuldades e situações que contribuem negativamente para o consentimento familiar, por vezes sendo relatada como um conjunto de cultura, religião, além do estresse e o sofrimento enfrentado por esses familiares⁽²⁾. Outros autores partilham em seu estudo que parte dos familiares entrevistados relatou que o tempo para a devolução do corpo para começar os cortejos fúnebres é muito longo, sendo que as entrevistados alegaram que o tempo médio solicitado para devolver o corpo é de 24h⁽¹⁴⁾.

Subcategoria 4.3 – Abordando o desconhecimento do desejo do familiar e a carga emocional e psicológica durante o processo

O desejo de um paciente, quando manifestado e registrado legalmente em vida, é mais fácil e menos burocrático. Quando esta decisão deve ser tomada por outro da família ou responsável legal, isso culmina em incertezas (se era realmente o que o paciente iria querer em vida), geram dúvidas e inseguranças, bem como divergências de opiniões, tendo em vista esta ser ou não ser a decisão certa na concepção dos envolvidos. A DTOT é um procedimento que salva outras vidas quando as famílias estão cientes de seus benefícios. Com isso, cabe ao enfermeiro informá-los destes benefícios estabelecendo o intermédio entre a família com a equipe de saúde.

“Quando o familiar já fala em vida é muito mais fácil, porque aí a família vai fazer a vontade do ente querido”. (E2)

“[...] a gente procura falar do benefício que esse ato pode estar trazendo para um indivíduo, para a família de quem está recebendo, isso contribui positivamente”. (E5)

O sucesso de uma entrevista não depende exclusivamente do entrevistador⁽⁶⁾. Em outro estudo, relata-se

que o desconhecimento sobre a vontade do potencial doador, na qual muitas vezes, os familiares nunca conversaram acerca de doação de órgãos, eles desconhecem o desejo do paciente e preferem não doar os órgãos⁽²⁾. Corroborando com as idéias anteriormente citadas, estudiosos relatam que a família respeita o desejo do falecido, quando manifestado em vida, de não ser um doador de órgãos, sendo considerado pelo familiar que o importante é acatar o desejo do ente querido, mesmo que para algumas pessoas a vontade do paciente, depois de morto, não tenha importância ou que o ato de recusar a doação pareça uma atitude egoísta⁽¹⁶⁾.

Alguns entrevistados enfatizaram a experiência das famílias sobre a condução do processo de doação encontrou que as famílias alegaram suporte emocional insuficiente associado à falta de informações claras após a morte encefálica de seus entes queridos.

“O estresse psicológico que a família tá, principalmente quando a família é muito leiga no assunto de doação de órgãos, no momento que a gente aborda é muito delicado, às vezes a família não tem aceitação, então a principal dificuldade é o momento que a abordagem é feita.” (E3)

Em um estudo realizado com famílias que passaram por este momento de perder um ente querido, é necessário ter sensibilidade para avaliar o melhor momento para conversar com os familiares. Dessa forma, profissional entrevistador deve perceber e aceitar o momento e o luto que a família vivencia. É fundamental a avaliação do estado emocional dos familiares, pois na maioria das vezes a entrevista é realizada quando a família encontra-se muito abalada com a notícia da morte do paciente⁽⁶⁾. A fa-

mília necessita de um tempo para pensar na possibilidade da doação e para assimilar tudo o que está se passando, a morte do familiar e a solicitação da doação⁽¹⁴⁾.

CONCLUSÃO

A enfermagem que atua na DTOT requer abrangência de conhecimento científico. As competências clínicas necessárias incluem avaliação e gestão do doador falecido, do receptor de transplante, do potencial doador ou do doador vivo, educação em saúde, segurança do paciente e eficácia dos cuidados. Neste contexto, o enfermeiro tem papel importante neste processo, a ele incumbe planejar e programar ações que visem aperfeiçoar o processo de doação e captação como: desenvolvimento e participação em pesquisas relacionadas, promoção de medidas educativas junto à sociedade, divulgando sobre doação de órgãos, já que a família é a única responsável por autorizar este processo, participação e organização de programas com o objetivo de conscientizar outros profissionais da saúde, dentre outras incumbências.

Entretanto, ainda existem empecilhos relacionados ao local da entrevista, além de questões éticas e legais evidenciando assim a necessidade de capacitação profissional para conhecer, identificar e lidar com fatores que facilitam ou dificultam o diálogo com os familiares. Este estudo teve como limitação, a percepção unilateral da abordagem familiar, tendo como sujeito apenas os profissionais entrevistadores que dialogam com os familiares. Assim, torna-se importante, a realização de outros estudos, a fim de desvelar o significado atribuído à entrevista pelos familiares que consentiram e recusaram a doação de órgãos e/ou tecidos para transplante para uma melhor compreensão do fenômeno.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Documentação e Informação. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1997/lei-9434-4-fevereiro-1997-372347-normaatualizada-pl.html>. Acesso em: 20 de janeiro de 2019.
2. Rosário EN, Pinho LG, Oselame GB, Neves EB. Recusa familiar diante de um potencial doador de órgãos. *Cad. Saúde Colet.* [Internet]. 2013 Sep [acesso em 9 de junho de 2019];21(3):260-6. <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2013000300005>
3. Santos MJ, Massarollo MCKB. Factors that facilitate and hinder family interviews in the process of donating organs and tissues for transplantation. *Acta Paul. Enferm.* [Internet]. 2011 [acesso em 9 de junho de 2020];24(4):472-8. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000400005>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da 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”. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10211.htm. Acesso em: 20 de janeiro de 2019
5. Silva DM, Telles G. Conhecimentos dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva sobre o processo de doação de órgãos. 69 fls. Florianópolis/SC. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/121501/319445.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Santos MJ, Massarollo MCKB, Moraes EL. Entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Acta Paul. Enferm.* [Internet]. 2012 [acesso em 11 de junho de 2019];25(5):788-94. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000500022>
7. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2010-2017). São Paulo: Registro Brasileiro de Transplantes, 2017. <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2017/rbt-imprensa-leitura-compressed.pdf>
8. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 292, de 7 de junho de 2004. Normatiza a atuação do enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2004. http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2922004_4328.html
9. Mendes KDS, Roza BA, Barbosa SFF, Schirmer J, Galvão CM. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. *Texto Contexto - Enferm.* [Internet]. 2012 Dez [acesso em 2 de julho de 2019];21(4):945-53. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400027>
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: ed. 70; 2009.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da realização de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 2012. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
12. Silva AF, Guimarães TS, Nogueira GP. A atuação do enfermeiro na captação de órgãos. *Rev. Bras. Ciênc. Saúde* [Internet]. 2009 [acesso em 30 de junho de 2019];7(19):71-85. <https://doi.org/10.13037/rbcs.vol7n19.336>
13. Magalhães ACSP, Magalhães JAP, Ramos RP. O enfermeiro na central de captação de órgãos. *Anu. Prod. Acadêmica Docente* [Internet]. 2007 [acesso em 2 de julho de 2019];1(1):237-42. <https://repositorio.pgskroton.com.br/bitstream/123456789/1313/1/Artigo%2032.pdf>
14. Pessoa JLE, Schirmer J, Roza BA. Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. *Acta Paul. Enferm.* [Internet]. 2013 [acesso em 15 de julho de 2019];26(4):323-30. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000400005>
15. Borges MCLA, Silva LMS, Guedes MVC, Caetano JA. Desvelando o cuidado de enfermagem ao paciente transplantado hepático em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2012 [acesso em 25 agosto de 2019];16(4):754-60. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000400016>
16. Morais TR, Morais MR. Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. *Saúde Debate* [Internet]. 2012 [acesso em 29 de agosto de 2019];36(95):633-9. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000400015>

Recebido: 2020-06-18

Aceito: 2020-07-15