

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS – CCSH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UM ESTUDO EM REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS NA SAÚDE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Carina Teixeira Leite Kurtz

**Santa Maria, RS, Brasil
2012**

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UM ESTUDO EM REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA SAÚDE

Carina Teixeira Leite Kurtz

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-
Graduação
em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia da Saúde,
da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS),
como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana

**Santa Maria, RS, Brasil
2012**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM. com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Teixeira Leite Kurtz, Carina

Doação de órgãos: um estudo em representações sociais na saúde / Carina Teixeira Leite Kurtz.-2012.

126 f.; 30 cm

Orientador: Alberto Manuel Quintana

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2012

1. Psicologia 2. Transplante 3. Morte I. Quintana, Alberto Manuel II. Título.

© 2012

Todos os direitos autorais reservados a Carina Teixeira Leite Kurtz. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

Endereço: Rua Appel, n. 800, 312. Santa Maria, RS. CEP: 97015-030

Fone: (0XX)3222.9192; E-mail: carinactl@gmail.com

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado**

**DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UM ESTUDO EM REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS NA SAÚDE**

elaborada por
Carina Teixeira Leite Kurtz

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia

COMISSÃO EXAMINADORA:

Alberto Manuel Quintana, Dr
(Presidente/Orientador)

Elisa Kern de Castro, Dr^a(UNISINOS)

Beatriz Teixeira Weber, Dr^a(UFSM)

Suplente: Ana Cristina Garcia Dias, Dr^a (UFSM)

Santa Maria, 31 de agosto de 2012.

AGRADECIMENTOS

*À UFSM,
pela oportunidade de qualificação profissional.*

*À CAPES,
pelo fomento financeiro, sem o qual este trabalho certamente resultaria incompleto.*

*Ao professor Alberto Quintana,
meu orientador, por me acompanhar durante esse percurso e me indicar a direção a seguir. Ainda, por me mostrar que cada pesquisador trilha seu próprio caminho na busca das Luzes.*

Ao meu marido, Mario Kurtz Filho, pelo incentivo e crédito em meu potencial para abraçar mais essa etapa.

À minha mãe, Gelsa Maria, e minha irmã, Carla, núcleo duro de minha família de origem, e que me inspiram muita força.

Ao meu pai, Celso, que, sempre presente em meus pensamentos, é modelo de generosidade, respeito e justiça.

Aos amigos, que sem exceção, me entusiasmaram sempre, e compartilharam de momentos de ansiedade na elaboração deste trabalho. Nossa amizade se fortalece a cada dia.

Aos profissionais que cederam parte de seu tempo e compartilharam angústias e conquistas do seu fazer.

“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 tornaremos na arte de viver”.
(Rubem Alves)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade Federal de Santa Maria

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UM ESTUDO EM REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA SAÚDE

AUTORA: CARINA TEIXEIRA LEITE KURTZ

ORIENTADOR: ALBERTO MANUEL QUINTANA

Santa Maria, 31 de agosto de 2012.

O transplante surge na medicina como uma possibilidade para o prolongamento da vida humana. Tal prática passa a ser rotineira nos hospitais e demanda que os profissionais de saúde estejam aptos para lidar com o assunto, assim como atuar de forma que a doação de órgãos seja efetivada. Esta pesquisa teve como enfoque elucidar a percepção de médicos intensivistas e enfermeiros alocados em uma unidade de terapia intensiva adulto do interior do Rio Grande do Sul sobre a doação de órgãos. Constituiu-se num estudo descritivo-exploratório, a partir de entrevistas semiestruturadas individuais e de análise de conteúdo temático. A morte foi um tema recorrente nas entrevistas, já que seu diagnóstico é pré-requisito para o transplante. A carência de recursos estruturais e de profissionais, assim como a descontinuidade do processo devido à comunicação falha entre equipes frustrou a prática dos profissionais. O estudo e o treinamento sobre o assunto figuraram como importantes para qualificar a prática dos profissionais, tanto quanto o diálogo e o confronto das ambiguidades presentes na consideração da morte e da doação de órgãos. A ideia de doação surgiu influenciada pela noção de morte, representada pelos profissionais como a parada cardiorrespiratória. O diagnóstico de morte encefálica foi apresentado como sinônimo de início do processo de morrer, que destoou do significado de óbito: morte e óbito não apareceram como sinônimos, e sim como fenômenos consecutivos. O defrontar-se com a possibilidade de doação de órgão e, mais que isso, com a morte, causou impacto na atuação do profissional e certa incongruência entre os profissionais envolvidos. Com isso, buscaram também a “analgesia” em seu fazer. O processo de doação de órgãos foi comprometido por resistências dos profissionais. Ao mesmo tempo, a resistência dos entrevistados em aceitar a morte proporcionou o anseio pela realização do transplante e o salvamento de vidas.

Palavras-chave: Psicologia. Transplantes. Morte. Morte encefálica. Ética. Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Master`s Dissertation

Postgraduation Program in Psychology

Universidade Federal de Santa Maria

TITLE

AUTHOR: CARINA TEIXEIRA LEITE KURTZ

ADVISOR: ALBERTO MANUEL QUINTANA

Santa Maria, August 31, 2012.

Organ transplant emerged in human medicine as a virtual possibility to prolong life. The organ transplant became routine in the hospitals, demanding that all health professionals be capable of dealing with this matter as well as be able to work effectively in order to ensure that the organ transplant is accomplished. The focus of this research was to elucidate the perception of the intensive care doctors and nurses that work in an adult ICU located in the inner part of the state of Rio Grande do Sul, Brazil, about organ donation. The study consisted of a descriptive exploratory analysis from semi-structured individual interviews and content analysis. Death was a frequent issue brought up during the interviews since its precise diagnosis is absolutely necessary for the organ transplant. The lack of well-equipped facilities and human resources, in addition to communication flaws between teams in the process was pointed as a frustrating experience for the professionals. The study and the training about the subject were considered important to better qualify the health professionals practice, both considering the discussion and the argument of the ambiguities when talking about death and organ donation. The possibility of organ donation was influenced by the perception of death, defined by health professionals as cardio respiratory arrest. The diagnosis of brain death was presented as a the beginning of death, which differed from the meaning of passing away: death and passing did not appeared as sinonimous, rather a consecutive phenomenon. Facing the possibility of organ donation and, more importantly of death, caused an impact in the health professional performance and a certain disagreement among the professionals involved. This situation lead them to seek "pain relieve" in their daily routine. The process of organ donation was compromised by the hesitation of health professionals. At the same time, the resistance showed by the interviewed people to accept death created an opportunity for the organ transplant procedure and a life saving act.

Key words: Psychology. Transplantation. Death. Brain death. Ethics. Intensive Care Units.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	23
1.1. A vida e a doação de órgãos.....	27
1.2. A morte encefálica	28
1.3. A doação de órgãos	32
1.4. Sobre as representações sociais	36
1.5. As representações sociais da doação de órgãos.....	44
2. MÉTODO	47
2.1. Os procedimentos de coleta de dados	48
2.2. Os participantes.....	50
2.3. Os procedimentos de análise dos dados	52
2.4. As considerações e os aspectos éticos	53
3. AS CATEGORIAS	55
3.1. A frustração	55
3.2. A morte como processo	63
3.2.1. O contato com os familiares sobre a doação	72
3.2.2. O atestado de óbito	77
3.2.3. A manutenção do não doador	78
3.3. A confiança no processo.....	87
3.4. O impacto da morte e a analgesia do profissional	102
3.4.1. Analgésico, para quem? A analgesia do profissional diante do morrer.....	108
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
5. REFERÊNCIAS	119
6. ANEXO.....	124

1. INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos é uma prática hoje corrente na medicina e que possibilita a continuidade da vida, com qualidade, a pacientes acometidos por doenças crônicas. Neste trabalho considera-se a captação de órgãos de pacientes em morte encefálica. Não cabe aqui sublinhar a doação entre vivos.

O interesse para este trabalho deu-se a partir da imersão no assunto e a evidência da postura inicialmente favorável das pessoas em relação à doação de órgãos, atitude nem sempre levada a cabo quando necessário. O fato é uma alta demanda por órgãos e um déficit de doadores, como revela a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos: dentre um milhão de pessoas, apenas 10,8 pessoas são doadores de órgãos efetivamente, sendo que apenas 10,6 têm seus órgãos transplantados (REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTE, 2011). A mesma associação no ano de 2009 trazia os dados de oito doadores por milhão de habitantes entre 30 potenciais doadores por milhão. Isso quer dizer que o diminuto número de doadores efetivos cresceu nos últimos dois anos, o que é um ganho considerável para a sociedade. No entanto, mesmo que os dados sejam auspiciosos e mostrem incremento nas doações, 2/3 dos pacientes que eram potenciais doadores em 2009 não doaram (RBT, 2009) E esse é um problema atual: os dados do período compreendido entre janeiro e setembro de 2011 para o RS refletem que ainda há muita dificuldade na efetivação do doador, decorrente de contraindicação médica, negativa da família, ou mesmo parada cardiorrespiratória: de 321 potenciais doadores apenas 124 se tornaram efetivos (RBT, 2011). De acordo com Moraes et al (2009) a não efetivação está relacionada com instabilidade hemodinâmica e metabólica dos doadores, ao não reconhecimento ou atraso na determinação da morte encefálica e devido à recusa do consentimento familiar da doação dos órgãos e tecidos para transplante. Dessa forma, o número insuficiente de doadores para atender à crescente demanda de pacientes em lista de espera representa um dos obstáculos para a realização de transplantes (KRIEGER et al, 2009).

A doação de órgãos a partir de doador cadáver é uma possibilidade de tratamento para muitas enfermidades, porém é limitada pelo fato de que apenas uma pequena fração dos indivíduos que morrem converte-se em doadores de

órgãos e tecidos (MORAES; MASSAROLLO, 2006). Além disso, a necessidade de órgãos e a abrangência dos transplantes têm aumentado devido aos avanços tecnológicos e ao sucesso em seu resultado. Isso representa um problema de saúde pública, pois o transplante de órgãos é o único tratamento para pacientes com falência coronária ou hepática e o melhor tratamento para a falência renal (SHABANZANDEH et al, 2009). Como resultado da escassez de órgãos, muitas pessoas com falência irreversível do órgão morrem esperando o transplante.

Entende-se o surgimento da noção de doação de órgãos como resultado da conjuntura social e cultural em que se vive, diante do temor humano em considerar a morte, a finitude da vida e a realidade de que o ser humano é limitado. Essa concepção vem a trazer esperanças tanto para pacientes que precisam de órgãos, familiares (muitas vezes consideram que o doador segue vivendo no receptor) e equipe de saúde, no sentido de proporcionar o prolongamento de várias vidas. Isso é paradoxal, pois a morte é condição para a doação dos órgãos (VARGAS; RAMOS, 2006). Diante de um potencial doador o profissional da saúde tende a enxergar a possibilidade de uma nova vida (KNIHS; SCHIRMER; ROZA, 2011). Convém salientar que na cultura ocidental tem acontecido dessa forma; porém, na cultura nipônica, por exemplo, a evidência é dada ao paciente que morre, e não ao receptor. Além disso, os japoneses não consideram como natural a violação do corpo de um possível doador (VARGAS; RAMOS, 2006), e 99% dos transplantes ainda é entre vivos (COELHO et al, 2007), dada a dificuldade de se pensar na morte e na captação de órgãos. Nesse sentido, é importante considerar a significação do processo de doação de órgãos para os profissionais da saúde no Brasil, pois, considerar transplantes de órgãos de doadores cadáveres é, inevitavelmente, abrir espaço para pensar a morte, algo extremamente relevante quando se quer implementar os índices de aceitação da doação de órgãos.

Além disso, a equipe de médicos e enfermeiros das unidades de terapia intensiva tem muitas vezes sob seu cuidado pacientes potenciais doadores, e de acordo com alguns estudos, seu posicionamento diante do assunto interfere no resultado do processo (GRUPO DE ESTUDIOS SOBRE MUERTE ENCEFÁLICA, DE LAS SOCIEDADES CHILENAS DE NEFROLOGÍA Y DE TRASPLANTE, 2004). Isso tanto ao se referir ao precoce diagnóstico de morte encefálica, na manutenção do potencial doador ou mesmo no contato com os familiares e cuidado com o paciente. Da mesma forma, sua opinião é importante porque guia formação de

opiniões e comportamentos sociais (ERDOGAN et al, 2002). Isso impele a pesquisar como a equipe de saúde percebe esse processo, e quais os fatores, de acordo com eles, interferem no andamento e na efetivação da doação de órgãos.

Sabe-se que a consideração da morte encefálica ainda sofre resistências pela sociedade em geral (SANTOS; MASSAROLLO, 2005, STEINER, 2004), justamente por dar a um corpo que ainda mantém função cardiorrespiratória plena o status de morto. Com o desenvolvimento tecnológico constatou-se que, a partir da morte encefálica, ou seja, da cessação do funcionamento encefálico (GRUPO DE ESTUDIOS SOBRE MUERTE ENCEFÁLICA, DE LAS SOCIEDADES CHILENAS DE NEFROLOGÍA Y DE TRASPLANTE, 2004, PITA; CARMONA, 2004, MORATO, 2009) não há mais vida, mesmo que o coração continue a bater. Tal noção de morte foi considerada a partir da descoberta de que órgãos ainda com vida poderiam ser realocados em outro corpo com possibilidade de exercer suas funções (BATISTA; SCHRAMM, 2004, GRUPO DE ESTUDIOS SOBRE MUERTE ENCEFÁLICA, DE LAS SOCIEDADES CHILENAS DE NEFROLOGÍA Y DE TRASPLANTE, 2004, GARRAFA, 1993, KIPPER, 1999, LIMA; MAGALHÃES; NAKAMAE, 1997, VARGAS; RAMOS, 2006). O conceito passou por modificações, sendo que em 1977 surgiram discussões acerca da morte do tronco cerebral, considerada por Pita e Carmona (2004) apenas uma especificidade legal e filosófica, pois a execução técnica seria exatamente a mesma. Convém salientar que o termo morte cerebral é ainda utilizado por profissionais da área para se referir à morte encefálica. No entanto, o termo parece inadequado, já que não especifica o fim do funcionamento do tronco encefálico, cuja morte é condição *sinne qua non* para o diagnóstico de morte encefálica (MORATO, 2009) e a consequente doação de órgãos. Além disso, o diagnóstico de morte encefálica em diferentes países é dado através de protocolos e sinais clínicos diversos (ESCUADERO et al, 2009a). De acordo com Morato (2009) existiam, até a data de publicação de seu artigo, 87 protocolos nacionais. No Brasil, o decreto-lei 9.434 de 1997 (BRASIL, 1997) dispõe sobre a retirada de órgãos e tecidos e define que o Conselho Federal de Medicina (CFM) é a entidade responsável pela normatização do conceito de morte encefálica. Espanha, Uruguai, Colômbia, Panamá entre outros também possuem guias elaborados por instituições reconhecidas para padronizar o protocolo (ESCUADERO et al, 2009b). A diretriz 1.480 do CFM (CFM, 1997) aborda a questão, que segue quase completamente as

diretrizes dispostas pela Associação Americana de Neurologia em 1995, assim como Espanha e Estados Unidos (MORATO, 2009).

Na prática, quando um sujeito tem diagnosticada a morte encefálica e é um doador de órgãos, são tomadas as devidas providências para que o transplante se dê imediatamente, já que a vida dos órgãos está em jogo. Ou seja, o sujeito é diagnosticado como morto. No caso de não ser um doador, o processo segue como se aquele corpo ainda vivesse, vindo a sofrer falência múltipla dos órgãos em poucos dias ou horas e, vale ressaltar, a parada cardiorrespiratória (KNIHS; SCHIRMER; ROZA, 2011). Em muitos países, o corpo após a morte encefálica é mantido ainda com ventilação mecânica, mesmo que sua retirada esteja escrita na legislação do país. Na Espanha e em Portugal, sua retirada é sistemática. No Brasil, ainda que seja normatizado o desligamento da ventilação mecânica, estudos evidenciam a manutenção do ventilador em hospitais brasileiros após a morte encefálica (MORAES et al, 2011).

Salienta-se, dessa forma, certo caráter de ambiguidade na consideração da morte até mesmo por estudantes e profissionais da saúde (GRUPO DE ESTUDIOS SOBRE MUERTE ENCEFÁLICA, DE LAS SOCIEDADES CHILENAS DE NEFROLOGÍA Y DE TRASPLANTE, 2004), que diante de um corpo normativamente morto, ainda lhe suprem com cuidados dispensados a pacientes (isto é, vivos). Alguns estudos (ERDOGAN et al, 2002, SHABANZADEH et al, 2009) consideram que a distribuição de informação mais acurada aos profissionais de saúde levaria a um conhecimento mais amplo, o que poderia aumentar o número de consentimentos e a taxa de doação de órgãos. Além disso, o estudo de Shabanzadeh et al (2009) revela alto percentual de confusão no conceito de morte encefálica quando considerado o transplante renal de cadáveres. De acordo com esse estudo, o conceito de morte encefálica e a preferência ao transplante como modalidade de tratamento são dois itens que necessitam atenção adicional na educação dos enfermeiros. Isso leva a pensar sobre as significações de morte que perpassam as decisões sobre a doação de órgãos. Certamente a ciência traz novidades e ela impulsiona o conhecimento da sociedade, porém esse conhecimento não é de pronto assimilado (GRUPO DE ESTUDIOS SOBRE MUERTE ENCEFÁLICA, DE LAS SOCIEDADES CHILENAS DE NEFROLOGÍA Y DE TRASPLANTE, 2004) e tampouco aceito sem questões e reformulações.

1.1. A vida e a doação de órgãos

Pensar em vida é lembrar-se de realização de sonhos, produção, trabalho, conquistas, momentos alegres, família, convivência com amigos, enfim, é pensar em bem viver. Nesse contexto, e mesmo por contingências do contemporâneo, entristecer, adoecer, morrer são verbos que compõem o cotidiano, mas parecem ser negados, até escondidos, assim como os sentimentos que eles envolvem, e, se possível, seriam talvez aniquilados (VARGAS; RAMOS, 2006). A sociedade atual tem certa resistência em considerá-los por sua indesejabilidade e inadequação ao nosso (escasso) tempo. Sabe-se que não há solução para esse tipo de evento, porém há paliativos. Como isso pode ser inserido no contexto da doação de órgãos?

Considere-se um corpo morto: ele não produz, constitui uma vida ceifada, de sonhos que não se realizarão. Nesse sentido, a doação de órgãos viria como paliativo para a morte de duas formas: seria uma alternativa diante da tão sofrida perda de alguém, do ponto de vista da família doadora; ou, por outro lado, da submissão a um tratamento infundável da doença terminal pelo paciente à espera de um órgão. Neste caso, traz novo fôlego a vidas que já vinham por um fio: é a chance de poder realizar mais sonhos, de compartilhar bons momentos com os seus (BENDASSOLLI, 1998) É um coração novo para sentir, um pulmão que vai novamente respirar ar puro... A tecnologia conecta a vida com o que há de humano na situação de doação de órgãos: a possibilidade de restabelecer uma vida a partir do ato solidário da doação. Assim como neste parágrafo, na vida real a ênfase é dada para o receptor...

Eis um porém: alguém doa esses órgãos. E geralmente é alguém que tem a vida inesperadamente interrompida. O paciente em morte encefálica (seria paciente? Essa é uma dúvida despertada ao estudar o tema. Se ele já está morto, por que chamá-lo de paciente? Nomeá-lo dessa forma daria margem para problematizar o termo) na maioria dos casos é vítima de acidentes, frutos do acaso, inesperados. Nesses casos, a decisão de doar os órgãos cabe à família.

Ato infinitamente belo o de abrir mão de algo tão caro para si em benefício de um outro. Porém, nem sempre isso é o que acontece na doação. Doar os órgãos de um familiar parece profundamente mobilizador, pois não se trata apenas de fazer um benefício a outrem, e sim de aceitar a perda de alguém muito querido que não

voltará mais, por maior que seja o desejo de seu retorno (KOVÁCS, 2008, MORAES; MASSAROLLO, 2009). Diferentemente, algumas famílias consideram que seu familiar permanece vivo no corpo do receptor de seus órgãos, sendo uma metonímia do indivíduo (BENDASSOLLI, 1998), tomando a existência do sujeito por uma parte sua.

De fato, mortes repentinas estão envolvidas com a doação de órgãos. Geralmente são doadores de órgãos pessoas mais jovens, o que dificulta o estabelecimento do luto por parte dos familiares, os quais, justamente pela etapa da vida daquele que morre, nunca nem cogitaram tal possibilidade (BITTENCOURT; QUINTANA; VELHO, 2011). Muito provavelmente também nunca tenham conversado sobre a doação de órgãos, momento em que o jovem poderia ter expressado seu desejo ou não de doar. Esses são alguns dos fatores dificultadores no processo de doação de órgãos, que também é influenciado por questões religiosas e culturais (MORAES; MASSAROLLO, 2009).

No caso deste estudo, uma questão a ser considerada, por ser parte do processo de doação de órgãos, é a percepção da morte para a equipe de saúde. Sabe-se que a equipe de saúde tem dificuldades quanto à consideração da morte encefálica, tanto por demandar conhecimentos avançados para seu diagnóstico (MORAES; MASSAROLLO, 2009) assim como pelas questões legais envolvidas. Além disso, o próprio diagnóstico é baseado em índices distintos, em conformidade com a legislação e as guias específicas de cada país (ESCUDERO et al, 2009b) o que se considera mais um dificultador para a consideração do conceito e sua assimilação. Morato (2009) considera que a uniformidade no protocolo tornaria o processo mais confiável e fidedigno.

1.2. A morte encefálica

Em 1959, foram descritos os primeiros pacientes sem funções encefálicas. Posteriormente, surgiu o conceito de morte seguindo critérios neurológicos ou morte encefálica, que foi reconhecida como a morte do indivíduo pela comunidade científica desde 1968, com a publicação dos critérios da Universidade de Harvard (BATISTA; SCHRAMM, 2004, GRUPO DE ESTUDIOS SOBRE MUERTE

ENCEFÁLICA, DE LAS SOCIEDADES CHILENAS DE NEFROLOGÍA Y DE TRASPLANTE, 2004, GARRAFA, 1993, KIPPER, 1999, LIMA; MAGALHÃES; NAKAMAE, 1997, VARGAS; RAMOS, 2006). O conceito foi aceito na legislação de muitos países, independentemente de seu entorno cultural ou religioso (ESCUADERO et al, 2009a). Noutros, como no Japão, houve resistências, mas atualmente já se aceita a concepção como sinônimo de morte.

A morte encefálica é caracterizada pela parada completa e irreversível de todas as funções neurológicas intracranianas, considerando tanto os hemisférios cerebrais como o tronco encefálico (MORAES et al, 2006). O monitoramento e a detecção da morte encefálica são feitos a partir da consideração da escala de coma de Glasgow, eficaz também como índice de gravidade de lesão cerebral. Tal escala baseia-se na observação de três tipos de resposta: abertura ocular, melhor resposta ao comando verbal e melhor resposta motora. Seus valores variam entre 3 e 15, sendo que a gravidade é inversamente proporcional ao valor. O paciente que não apresenta abertura ocular, não tem capacidade para obedecer a comandos e não verbaliza está em coma. A identificação desse paciente (índice 3) possibilita a realização de exame clínico para investigação de morte encefálica, desde que respeitadas as determinações da Resolução 1480/97 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 1997), que estabelece os critérios para o diagnóstico de morte encefálica atualmente aceitos. Esses critérios incluem: a) causa do coma; b) causas do coma que devem ser excluídas durante o exame como: hipotermia e uso de drogas depressoras do sistema nervoso central; c) elementos do exame neurológico: coma aperceptivo, pupilas fixas e arreativas, ausência de reflexo córneo-palpebral, ausência de reflexo oculocefálico, ausência de reflexo de tosse e apneia (MORAES et al, 2006).

Porém, os critérios diagnósticos de morte encefálica são estudados em diferentes países do mundo e demonstram diferenças legais importantes. Da mesma forma, é inusitada a aplicação de protocolos diagnósticos diferentes em UTIs de um mesmo país, e mais ainda, em diferentes alas de um mesmo hospital referindo-se ao mesmo tipo de paciente (ESCUADERO et al, 2009b). Assim, variados estudos sugerem que se atualizem e tornem homogêneos os critérios de morte encefálica (GREER et al, 2008, HAUPT; RUDOLF, 1999,).

Una vez confirmado el diagnóstico de ME, si no hay donación de órganos, en 5 países (Bolivia, Colombia, Paraguay, Perú y Venezuela) no se procede a retirar la ventilación mecánica, ya que este hecho no está explícitamente

recogido en su normativa. En el resto, existe una gran variabilidad; la mayoría de los países refiere que no se retiran las medidas de soporte, aunque existen grandes diferencias según áreas geográficas, hospitales, casos clínicos o edad del fallecido, y existe más rechazo de retirar la ventilación asistida en el caso de los niños (ESCUDERO et al, 2009a, p.417)

Fica evidente que a ideia de morte encefálica e a manutenção de um cadáver após o não consentimento da família segue variações em toda a América. Dessa forma, essa problemática se estende não apenas para o Brasil, mas para muitos países próximos, onde também as representações das pessoas sobre esse assunto compõem um objeto interessante de estudo, já que, nem mesmo na legislação se encontram, por exemplo, indicações de manutenção ou não do ventilador mecânico.

Diferenças tanto na temperatura mínima do corpo requerida para realizar a exploração neurológica, como no tempo de observação depois do diagnóstico clínico também variam. Em alguns países, como no Brasil, em Cuba e em Portugal se sustenta que deve ser por seis horas. Já no Uruguai, basta 90 minutos. Na Guatemala e em El Salvador a norma indica que a observação seja de 24 horas. Eis uma variação importante, que interfere na própria sobrevivência dos órgãos. De acordo com Escudero et al (2009b), o tempo de 24 horas é injustificadamente longo, e pode provocar a perda de doadores, assim como o consumo desnecessário de recursos.

Outro teste importante é o de apneia, que, segundo Wijdicks (2001) em pelo menos metade dos países do mundo não é realizado corretamente, já que o paciente seria retirado do respirador, sem realização do controle de gasometria. Ainda, há prescrições de que o médico, para atestar a morte encefálica, deva ser um neurologista ou um neurocirurgião, e além disso, não fazer parte da equipe de transplante, com vistas a máxima garantia e independência no diagnóstico. Greer et al (2008) pesquisaram os hospitais norte-americanos e evidenciaram que apenas 35% desses hospitais requerem neurologistas ou neurocirurgiões, por falta de disponibilidade desse especialista durante as 24 horas do dia.

No Brasil, diante do não consentimento da família em doar os órgãos, o procedimento de manutenção do corpo parece bem determinado, porém um estudo (MORAES et al, 2011) atesta que, mesmo assim, o paciente é mantido em ventilação mecânica. Isso dificultaria a formação de um consenso acerca do tema, porque, ao mesmo tempo em que o paciente em morte encefálica é considerado morto, porque

ele deveria ser mantido com oxigênio? Devido à escassez de leitos na unidade, e também aos poucos recursos recebidos pela instituição para manter a unidade, não haveria como conceber que um cadáver esteja no lugar de um paciente em risco e potencialmente salvável.

Além das provas protocolares e padronizadas em todo território nacional, seria obrigatória a realização de um exame complementar, para caracterizar de forma inequívoca: 1) ausência de fluxo vascular cerebral; 2) ausência de atividade eletrofisiológica; ou 3) ausência de atividade metabólica (CFM,1997). O caso do indivíduo com índice 3 de Glasgow que preenche os critérios clínicos de morte encefálica, é obrigatoriamente notificado as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos da Unidade Federada (CFM, 1997).

O trauma tem sido considerado um sério problema social e comunitário, e hoje um dos mais significativos problemas da área da saúde, sendo a principal causa de morte na faixa etária até os 45 anos. Considerando a totalidade da população, ele aparece como a segunda causa de morte, vindo atrás apenas das doenças cardiovasculares (MORAES et al, 2006, RASSLAN; BIROLINI, 1998). Por isso, é considerado por especialistas como a doença do século, ocorrendo da forma mais imprevisível possível. É no contexto de violência que muitos indivíduos vitimados pelo trauma evoluem para danos neurológicos graves e irreversíveis, que levam à morte encefálica. Ou seja, os órgãos aptos para a doação são aqueles ainda irrigados através dos batimentos cardíacos. Sendo assim, o corpo que morre, morre parcialmente, dando condições de vida aos órgãos que serão retirados e doados em seguida. Casos assim também se conformam após ocorrências de Acidente Vascular Cerebral (MORAES et al, 2009).

1.3. A doação de órgãos

O processo de obtenção de órgãos para transplante inicia-se quando médicos intensivistas ou assistentes identificam os potenciais doadores, passando à declaração de morte encefálica, à notificação da família e à comunicação da coordenação de transplante. Tal processo continua na entrevista com a família, onde

os profissionais expõem a situação e solicitam o consentimento para remoção dos órgãos e tecidos. Posteriormente, há a avaliação das condições clínicas do potencial doador e da viabilidade dos órgãos a serem extraídos, seguindo à remoção e distribuição dos órgãos e tecidos, com a análise dos resultados (GARCIA, 2000).

Ressalta-se que a família do possível doador assume papel importante dentro desse processo, pois, conforme a Lei nº 10.211 de março de 2001 (BRASIL, 2001), a retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplante, dependerá da autorização do cônjuge ou parente maior de idade, obedecida a linha sucessória (BRASIL, 2001). Isso pode ser um dificultador para o processo em função da recusa familiar representa um dos grandes obstáculos na obtenção de órgãos. No Brasil, segundo dados do RBT, de janeiro a setembro de 2011, existiram 5.331 potenciais doadores, que totalizaram 1.520 com órgãos transplantados. Muitas entrevistas com os familiares de pacientes não foram registradas, porém ficaram demonstradas 1.401 negativas familiares ao longo desse período. A contraindicação médica, para fazer um contraponto, evitou cerca de 604 doações (RBT, 2011).

Portanto, a falta de órgãos reflete não apenas a carência de potenciais doadores, mas também a falha em convertê-los em doadores efetivos. Ou seja, em situações em que o paciente não se declarou doador de órgãos e tecidos, a família ficaria geralmente temerosa com relação à doação e desistiria de fazê-lo. Sendo assim, o transplante é vítima do próprio sucesso, com um crescente distanciamento entre a demanda para transplante e a disponibilidade de órgãos e tecidos (GARCIA, 2000).

Ainda há outros fatores que emperram o processo, de acordo com dados de Galvão et al (2007), em entrevista a familiares. O problema da captação, alocação e qualidade dos órgãos para transplante seria devido, em parte, aos próprios profissionais de saúde que mantêm potenciais doadores sob tratamento clínico inadequado e ineficaz para a manutenção do doente. Ainda de acordo com o estudo, ocorreria a omissão e não notificação da morte encefálica às Organizações de Procura de Órgãos (GALVÃO et al, 2007).

Outros estudos (GARCIA et al, 2009; KRIEGER et al, 2009) apontam a fantasia e os mal-entendidos também como dificultadores do processo, incluindo o medo da negligência no tratamento pelo fato de ser doador, a não compreensão do conceito de morte encefálica, a ideia de deformação do corpo após a cirurgia de retirada, o

medo e a insegurança quanto ao destino dos órgãos doados e o desconhecimento acerca do sistema de distribuição e alocação. A carência de doadores esclarecidos, principal entrave para a realização do transplante, segundo Krieger et al (2009) – cuja pesquisa esteve relacionada a transplantes de córneas – é fruto da desinformação por parte de profissionais da área da saúde e da classe médica, além de obstáculos legais e religiosos: “a negativa de consentimento poderia ser contornada mais facilmente se os profissionais envolvidos no processo de captação esclarecessem de forma competente as dúvidas dos familiares” (KRIEGER et al, 2009, p. 1054-1055).

A pesquisa de Mack, Mason e Mathers (1995) realizada com profissionais da saúde revela alguns obstáculos no processo de doação, como a não procura de doadores e a falência na abordagem da família pela equipe. A primeira estaria relacionada à educação escassa dos profissionais das áreas de saúde, inclusive os da unidade de terapia intensiva – uma das principais fontes de doadores em potencial. Outro fator-causa de não doação é a falta de solicitação pelos médicos intensivistas, tanto por desconhecimento quanto por falta de orientações básicas (ALVES et al, 1997).

No trabalho realizado por Krieger et al (2009) com profissionais da saúde, observou-se que 65,2% dos médicos não se achavam aptos para explanar informações básicas a respeito do transplante de córnea e 6,7% não sabiam informar a respeito. Ainda, 90,7% afirmaram sentir necessidade de obter mais informações e atualizações sobre o processo de doação. O que se nota, considerando tal pesquisa, é o escasso conhecimento dos profissionais de saúde, incluindo médicos, sobre o processo de doação de córneas, o que pode ser gerador de desconfiança e medo em doadores e familiares, dificultando ou inviabilizando a doação de órgãos e tecidos e mesmo de órgãos. O assunto transplante de córneas praticamente não é explorado por médicos de outras especialidades, ou simplesmente não é de seu interesse, o que impele a pensar que profissionais médicos percebem de forma semelhante aos leigos mesmo no tocante a sua profissão.

Ressalta-se que a postura do profissional de saúde em relação à doação de órgãos pode interferir na tomada de decisão dos familiares, tanto positiva quanto negativamente. Um profissional favorável ao processo encaminha o processo de forma mais dinâmica e incentiva a família a seguir em frente. Se, porém, é contrário,

desestimula a família a doar e muitas vezes nem realiza o diagnóstico de morte encefálica, ou diagnostica tardiamente inviabilizando o processo. Quer dizer que as percepções favoráveis do profissional da saúde, em especial do médico, podem contribuir no processo através do diagnóstico precoce de morte encefálica, e então, na manutenção do potencial doador, além de influenciar positivamente os familiares em relação à doação.

Dessa forma, o maior conhecimento sobre o processo e sua disseminação por profissionais que trabalham diretamente com a morte pode resultar num incremento no número de doadores. Nesse caso, a transmissão de conhecimento de forma precoce aos acadêmicos da área de saúde e o intenso treinamento das equipes de abordagem consistem fatores decisivos no processo de acordo com Garcia et al (2009) e Krieger et al (2009). Mesmo assim, como consideram Erdogan et al (2002), a influência cultural pesa ao considerar a questão. A transmissão do conhecimento médico ao público leigo e mesmo aos familiares pode vir a contornar sua resistência ao tema, ao confrontar sua postura diante do assunto e a atitude esperada socialmente. Salienta-se que, as campanhas públicas de conscientização, mesmo que insuficientes para solucionar o problema, visam a esclarecer o processo de doação de órgãos e abrandar preocupações. Além disso, o tema deve ser discutido a fim de dirimir noções errôneas. Krieger et al (2009) salientam que devem ser enfatizados os aspectos positivos de salvar vidas por meio de transplantes.

Este estudo pretende ampliar o conhecimento das representações sociais acerca da doação de órgãos, com intuito de oferecer um entendimento sobre o processo, que parece um tanto obscuro em alguns aspectos para a sociedade em geral, assim como para os profissionais que trabalham com a temática. O contato cotidiano com o tema não implica a aproximação dele; em alguns casos, ocasiona afastamentos.

No sentido de analisar mais detalhadamente o processo de doação de órgãos, e levar ao conhecimento de mais pessoas, aquelas que não estão vinculadas tão diretamente ao hospital, e mesmo apresentar aos profissionais da área uma reflexão acerca de sua prática, o presente trabalho de pesquisa teve como objetivo geral conhecer as representações sociais de médicos e enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) sobre a doação de órgãos a partir de doador cadáver. Dentre os objetivos específicos salientam-se: investigar a implicação dos profissionais no processo de doação de órgãos, fatores que se acreditem

facilitadores no processo da doação de órgãos de doadores cadáveres, assim como aqueles que se acreditem ser de resistência à doação de órgãos de doadores cadáveres; compreender como esses profissionais identificam e significam a morte e desvendar a significação atribuída à morte encefálica por esses profissionais.

Estudos (BITENCOURT et al, 2007, COELHO et al, 2003, GALVÃO et al, 2007, KRIEGER et al, 2009, MORAES; MASSAROLLO, 2006, 2009, QUINTANA; ARPINI, 2009, SANTOS; MASSAROLLO, 2005, SQUE; LONG; PAYNE, 2005) acerca da doação de órgãos mostram que a significação da população em geral é perpassada pelos mais diversos saberes e crenças, fatores determinantes na tomada de decisão, que na maioria dos casos é negativa em relação a doar os próprios órgãos ou os de familiares. Com relação aos profissionais de saúde, mesmo tendo adquirido conhecimento científico acerca do assunto, isso não implica que atribuam significados distintos dos tidos por leigos ao tema: a formação acadêmica não substitui os conhecimentos recebidos ao longo da vida. São igualmente sujeitos perpassados por tantos saberes quanto os leigos, inseridos na mesma cultura, com crenças, religiões, valores e que partilham das representações da sociedade em que estão imersos. A vivência na academia, os novos fundamentos teóricos sobre o funcionamento e a dinâmica do corpo humano, vão sendo assimilados e agregados ao seu imaginário, sendo ancorados em conformidade com outras idéias que compõem suas representações sobre determinado tema (Jovchelovitch, 2009). Isso quer dizer que as percepções anteriores, também irão influenciar na forma como esse profissional vai metabolizar o conhecimento científico adquirido.

De qualquer forma, médicos e enfermeiros são pessoas que ocupam o lugar do suposto saber e são tomados como referência quando o assunto é saúde ou doença. Assim, formam opinião, e suas atitudes são muito consideradas já que detém o conhecimento sobre o assunto. Além disso, o público leigo não considera que inúmeros fatores, além do conhecimento sobre tecnologias e sobre o funcionamento do corpo, estão imbricados para compor as representações desse grupo de profissionais sobre o assunto.

Desse modo, considera-se que suas representações sobre morte, doação, transplante de órgãos influenciam de alguma maneira o saber popular, certamente compondo a tessitura de significações e interferindo no modo como a sociedade percebe e decide sobre o tema. Nesse sentido, nossa pesquisa mergulhou

inevitavelmente nas significações que esses mesmos profissionais atribuem à morte, com ênfase na morte encefálica (pré-requisito para a retirada dos órgãos destinados a transplante).

1.4. Sobre as representações sociais

As representações sociais são significações atribuídas a um objeto por determinado coletivo de pessoas. Nesse sentido, costumes, atitudes, crenças, conhecimento científico, entre outros, compõem o significado dado por algum grupo, comunidade, em dado tempo, a algo. Diferenças pessoais acerca do objeto existirão, de maneira que cada indivíduo elabora e constrói de uma maneira sua significação sobre determinado objeto (JOVCHELOVITCH, 2011a), sempre relativa ao culturalmente aceito.

O homem nasce e cresce numa família, que tem suas crenças, seus costumes, seus valores e é imersa em dada cultura, em dado tempo (JOVCHELOVITCH, 2011a). Apenas posteriormente, é que o indivíduo toma algumas “escolhas”, dentre as quais sua profissão, e a partir de então, passa a assimilar também as representações do grupo do qual se torna membro. No entanto, a história de vida que traz, suas crenças, seus preconceitos, seus valores, estão arraigados e, no íntimo, despertam influenciando suas decisões e atitudes frente aos dilemas que a vida coloca.

Assim, os sistemas de saber baseiam-se em representações da realidade, representações essas que são constituídas a partir de várias dimensões, incluindo a emocional (e inconsciente), daquele que a constrói. A teoria das representações sociais aborda, dessa forma, o desenvolvimento do sujeito como eminentemente social e simbólico: social porque só se constitui, consegue pensar e sentir com a participação de um Outro; e simbólica, pelo uso de signos ao dar sentido ao mundo.

A discussão dos processos emocionais e inconscientes que estão envolvidos na formação da representação simbólica permite entender como o desenvolvimento do saber não está restrito à formação de estruturas cognitivas racionais, mas também é moldado pelos inúmeros sentimentos e fantasias que constituem a vida da criança (JOVCHELOVITCH, 2011a, p.69).

Nesse sentido, representação seria a estrutura cognitiva de apreensão do objeto mundo permanentemente ligada à dinâmica afetiva e social do Eu com o Outro (JOVCHELOVITCH, 2011a). A dinâmica afetiva é constituída pelas dimensões conscientes e inconscientes dos símbolos, que são resultados de imagens mistas fruto do deslocamento e de condensação, processos atuantes no inconsciente. As representações ainda são tidas por outras áreas do saber, equivocadamente, como pura correspondência entre a percepção do mundo e a realidade, reduzida a um fenômeno mental epistêmico, destinado ao processamento de informações, desconsiderando o valor do simbólico e do social em sua elaboração. Tal afirmação é abandonada com a simples constatação de que diferentes sujeitos representam o mesmo mundo de formas diversas. Dessa forma, as representações são fruto de um emaranhado de produções subjetivas, intersubjetivas e objetivas.

Não se busca aqui as diferenças individuais acerca da noção sobre doação de órgãos: interessa basicamente entender como o grupo representa a doação de órgãos e até que ponto seu discurso condiz com o científico, ou mostra-se influenciado por outros saberes. Como assinala Jodelet, “as representações permitem o acesso às dimensões simbólicas, culturais e práticas dos fenômenos sociais” (JODELET, 2009, p.105).

Tal embate (entre cognição e emoção, entre consciente e inconsciente, pensamento lógico e ilógico) presente no trabalho de representação, como estrutura cognitiva, emocional e social, desde sua gênese na infância, segue ao longo da vida adulta. Esse construto só adquire sentido no momento em que se considera como psicossocial, tendo nascido dos diálogos estabelecidos entre o Eu, o Outro e o objeto-mundo em um contexto. Nesse sentido, é uma construção ativa, indo do individual ao social e vice-versa, sempre em transformação, que expressa em seu modo de produção a complexidade das inter-relações entre estruturas psíquicas e realidades sociais. Em última análise, a cultura seria a acumulação de sentidos e símbolos que se agregam e sobrevivem através do tempo (JOVCHELOVITCH, 2011a). Nota-se a importância tomada pelo apanhado de sentidos e símbolos gerado, mantido e sempre transformado por essas inter-relações, considerados em dado momento e contexto como representações, na constituição de um determinado saber que interfere na vida de determinada sociedade.

A análise da forma representacional mostra que o trabalho da representação envolve os sujeitos em relação a outros sujeitos e a ação comunicativa que circunscreve e configura suas relações na medida em que se engajam no processo de dar sentido a um objeto ou a um conjunto de objetos (JOVCHELOVITCH, 2011a, p.73).

Ao longo do tempo e em determinado contexto, as representações são objetivadas, se institucionalizam, conferindo aos ambientes simbólicos o caráter factual e dado, sendo assimiladas como tradições e enquadres institucionais. É a partir dessa dimensão objetiva do simbólico que novas representações são construídas, dado que o tempo e o contexto são sempre outros. Nesse sentido, a representação assume um *status* polivalente, ou seja, é um processo ontológico, epistemológico, psicológico, social, histórico e cultural. Primeiramente, porque é da ordem do simbólico que emerge o sujeito e que este passa a se reconhecer como tal, tornando-se conhecedor de si mesmo e do mundo, através de sua percepção em que estão envolvidas paixões, desejos e ilusões. Finalmente é social, histórico e cultural devido à intersubjetividade que possibilita o conhecimento acerca da história e da cultura e que o constitui (JOVCHELOVITCH, 2011a).

De acordo com Jodelet,

Elas recebem várias funções: apresentar ao pensamento uma realidade; interpretar esta realidade definindo sua natureza, sua origem e seu funcionamento; organizar as relações que os humanos mantêm entre si e com a natureza; legitimar estas relações ou retirar sua legitimidade (JODELET, 2009, p.111)

Dessa forma, as representações constituem o real em psicanálise, ou seja, a verdade sobre o mundo daquele sujeito, o que é considerado por ele a realidade que o circunda. Seguramente, a realidade vista por diferentes pessoas tem diferentes formas, e sentidos até mesmo diversos, porém cada sujeito percebe a realidade de acordo com a subjetividade que o constitui, ou seja, cada um a seu modo. Além disso, a percepção do objeto é sempre parcial. O que certamente pode levar a equívocos quanto a interpretações do real, criando ilusões sobre a realidade. Inegavelmente, a comunicação tem um papel fundamental no que diz respeito a legitimar as representações individuais sobre o real, criando um sentido de realidade única, compartilhada, de certa forma objetiva, mas sempre provisória.

Assim, o estudo das representações sociais é um modo de compreender como a sociedade ou um grupo percebe em dado momento determinado objeto, o que é influenciado pela maior ou menor familiaridade dos sujeitos em relação a ele. Familiar no sentido de que faça parte de seu contexto, esteja enredado em suas malhas de significação. A pertença a determinado grupo social, a fases do ciclo vital, a diferentes períodos históricos faz com que o real seja percebido de formas também diversas; por isso, as representações são consideradas contexto-dependentes (JOVCHELOVITCH, 2011a). O que significa que não há sujeito livre de seu contexto, e nesse sentido, seu conhecimento sobre o mundo é produto de sua percepção. Consequentemente, também não há história sem sujeitos, dado que é produzida por suas inter-relações com o Outro e com o mundo.

Acentua-se o caráter plural do saber, profundamente arraigado nas experiências vividas pela comunidade em dado momento, influenciada por seus referenciais de pensamento e de comportamento. A teoria das representações sociais defende, assim, que o saber produzido e modificado por pessoas comuns em suas práticas cotidianas têm *status* epistemológico porque o conhecimento é simbólico e social.

O fato de estar relacionado a uma comunidade não implica que o saber produzido esteja acabado, pois é sempre reconstruído pelas interferências subjetivas e intersubjetivas de seus membros, bem como pelas conexões e desconexões com outros saberes, produtos inacabados de outras comunidades. Salienta-se que a linguagem de uma comunidade é item importante na conformação desse grupo. A partir da linguagem, é possível que a comunidade se estabeleça no sentido de poder aprender e transmitir seus rituais e narrativas próprias, o que caracteriza a “existência e continuidade temporal de memórias sociais, representações sociais e identidades sociais” (JOVCHELOVITCH, 2011a, p.135). Dessa forma, um grupo social passa a se configurar e limitar seus espaços também quando utiliza uma linguagem comum, que os distingue dos demais, uma linguagem que distinga o seu saber dos demais saberes.

Porém, como abordado anteriormente, um indivíduo faz parte de várias comunidades, pertencendo a uma rede social, com determinados laços, levado por determinadas crenças, permeado por valores próprios, e berço (onde nasce e onde se cria) do conhecimento científico. Suas representações são fruto de um entrelaçamento do que foi assimilado individualmente como saberes de cada grupo,

constituídos – e que perduram – temporalmente; as representações são um *mix* compartilhado por muitos de seus conviventes, também pertencentes a várias comunidades, que tecem novas relações entre os saberes provindos de cada uma delas. Os pontos de encontro, porém, não coincidem com nenhum espaço privado particular. Ou seja,

Os recursos representacionais, linguísticos e comunicativos dos sistemas de conhecimento estão intrinsecamente entrelaçados e mostram que os atos de saber não podem, por mais que queiramos, ser completamente desconectados de sua fonte humana (JOVCHELOVITCH, 2011a, p.170).

Quanto ao saber popular, ou ainda, as representações sociais, que sustentam a coesão da vida social como saberes não problematizados (tradições, por exemplo), ele é continuamente renovado a partir da vivência cotidiana e da rememoração do passado com as lentes do hoje. Salieta-se a perspectiva de que o passado é trazido ao presente como reconstrução ativa a partir do contexto atual. A memória social, nesse contexto tem um papel fundamental, pois é a partir dela que a comunidade retém um sentido de continuidade assim como vislumbra mudanças em seu desenvolvimento por ser afetada pelo tempo e pelo contexto produzido por ela e por outras comunidades. A compreensão do funcionamento da memória social possibilita entender como saberes, crenças sociais e significações são modificadas pela vivência no contexto atual, e adequado a este momento e ao futuro (JOVCHELOVITCH, 2011a)

Sustenta-se que o questionamento desse mundo *a priori* no qual o sujeito se encontra inserido coincide com as transformações dos contextos grupais, onde o argumento toma o lugar antes ocupado pela autoridade (JOVCHELOVITCH, 2011a). As comunidades passam da aceitação e reprodução dos ordenamentos sociais não questionados à comunicação dialógica, com incremento da autonomia pessoal. Nesse sentido, “transformações contextuais [...], ao transformar o cotidiano das comunidades, transformam também seus processos de comunicação e o sistema representacional que circula em seu meio” (JOVCHELOVITCH, 2011a, p.166). Aqui se abre parênteses para esclarecer a diferença então do conceito antes trazido por Durkheim, que era o de representações coletivas para as representações sociais, que embasam este trabalho. A teoria durkheimiana traz seus construtos como rígidos, invariáveis e de certa forma exteriores ao indivíduo:

As representações coletivas traduzem a maneira como o grupo se pensa nas suas relações com os objetos que o afetam. Para compreender como a sociedade se representa a si própria e ao mundo que a rodeia, precisamos considerar a natureza da sociedade e não a dos indivíduos. Os símbolos com que ela se pensa mudam de acordo com a sua natureza (DURKHEIM, 1978, p.88).

Moscovici (2009) constata a mutabilidade das representações sociais, seu constante modificar-se. De acordo com esse autor, as representações coletivas são substituídas pelas representações sociais, caracterizadas pela mobilidade e diversidade de grupos sociais e pela reflexividade.

A implantação das representações sociais não é total, e não solapa totalmente saberes arraigados no desenvolvimento das comunidades. Este processo é gradual e lento, e por isso mesmo, se crê numa certa acomodação entre representações sociais e alguns traços de representações coletivas, ou seja, elementos não questionáveis que ainda teriam lugar, mesmo que ínfimo, na vigência das representações sociais. De acordo com Jovchelovitch, "a dinâmica das representações sociais abarca tanto códigos simbólicos compartilhados e consensuais quanto códigos simbólicos contraditórios e não resolvidos" (JOVCHELOVITCH, 2011a, p.167).

Essa concepção pacifica as várias visões do mesmo mundo por entender que diferentes formas de saber podem compor o saber individual ou de comunidades. É por demais restritivo conceder a verdade ao conhecimento científico. Ele caracteriza-se, isto sim, como uma das visões de mundo possíveis, e não está a salvo de ruídos conscientes ou inconscientes.

A teoria das representações sociais, portanto, é discordante da visão de uma ciência que se diz livre do sujeito que pesquisa, livre de vieses contextuais, temporais, políticos, sociais e mesmo individuais. É uma teoria que se sabe permeada de emoções, desejos, motivações e do contato com o Outro. Até porque conhecer aponta no sentido de alguém que conhece, alguém que só é constituído a partir de laços afetivos. Dessa forma, a cognição impescinde da emoção. Na medida em que se exclui da dimensão do saber o que é constituinte do sujeito, exclui-se o ponto de vista a partir do qual foi pensado, a dimensão contextual do fato, o fenômeno como objeto de estudo, e a possibilidade de fazer ciência.

São, conseqüentemente, formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos — imagens, conceitos, categorias, teorias —, mas que não se reduzem jamais aos componentes cognitivos. Sendo socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuem para a construção de uma realidade comum, que possibilita a comunicação. Deste modo, as representações são, essencialmente, fenômenos sociais que, mesmo acessados a partir do seu conteúdo cognitivo, têm de ser entendidos a partir do seu contexto de produção.

Com a retomada do conceito de representações sociais pela Sociologia, houve o retorno a uma posição mais individual de um sujeito que percebe, pensa e elabora os significados atribuídos ao mundo, a si e ao Outro a partir de suas vivências. O sujeito também passa a ser visto como ator social, mantendo uma posição frente ao mundo, que fundamenta seu discurso, forma objetivada de suas representações (JODELET, 2009). Na medida em que as representações constituem uma versão da realidade, e a linguagem permite enunciá-la, tornando-a ativa, o poder e a legitimidade do discurso da equipe (médica) toma porte, justamente pela coesão do grupo e o reconhecimento desse lugar (como o lugar do conhecimento científico, “do saber”). Dessa forma,

As funções atribuídas às representações se ligam ao seu status de conhecimentos e de teorias relativas aos estados do mundo e [são] consideradas como verdade pelos membros da sociedade na qual elas se encontram em vigor (JODELET, 2009, p.111).

Assim, as significações são perpassadas pelos diversos componentes sociais da vida humana (economia, religião, parentesco, política), formando uma rede de sentidos a partir de uma lógica própria (JODELET, 2009). De acordo com Moscovici, “o sentido do passado histórico não é um dom solitário, é um fenômeno social” (MOSCOVICI, 2009 p. 654). Pensa-se o passado histórico como também presente, na medida em que as construções políticas, sociais, ideológicas, culturais são fundadas em um alicerce histórico e sofrem as intempéries do nosso tempo.

As representações sociais são modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo do sujeito, ou seja, sendo “solidárias das situações nas quais são ativadas, servem de mediações simbólicas, contribuindo para a instauração dos laços sociais” (JODELET, 2009, p.116). Como são conhecimentos socialmente construídos, suas

raízes extrapolam o momento presente; são inevitavelmente a expressão de uma ordem social constituída, mas também de resíduos arqueológicos de saberes e crenças passadas que ficaram impregnadas no imaginário social pela ação intemporal dos artefatos culturais cultuados e transformados em monumentos. Uma teoria que seduz por ser simultaneamente psicossocial, antropológica e histórica, proporcionando que os atores sociais possam interpretar e compreender seu ambiente, a fim de se situarem.

Dessa forma, os conceitos surgem e vão sendo lapidados pelas contingências, sempre em transformação, seguindo seu curso, e se diferenciando de sua forma inicial. O conhecimento científico, neste caso também seguem essa rota: as representações sobre determinado tema são resultado da diversidade de percepções sociais e de elaborações intersubjetivas situadas em dado momento e perpassadas por experiências mais arcaicas. Assim, as representações sociais são imprevisíveis, pois a ação humana é imprevisível (JOVCHELOVITCH, 2011b). Para compreender as representações sociais da doação de órgãos é interessante abordar a situação dessa problemática no âmbito da medicina e da saúde pública.

1.5. As representações sociais da doação de órgãos

A transplantologia é um ramo da medicina que surge no intuito de possibilitar uma melhora das condições de vida do paciente em sofrimento orgânico, ou paciente terminal, através da alocação de um órgão funcional em lugar do comprometido. São possibilidades abertas para um transplantado e conferem a ele uma nova esperança diante da vida, além da chance de qualificá-la. O transplante constitui uma alternativa de prescindir de tratamentos médicos como a hemodiálise, ou de morrer por falência de algum órgão. O processo, cada vez mais, ganha adeptos em virtude da melhora da qualidade de vida, dos anos de vida, sem contar que aparece como um bom negócio para o Estado, pois, em números, a realização de um transplante é opção econômica se comparada ao tratamento de um doente crônico por anos a fio (GARCIA, 2009).

Além disso, quanto mais avança a transplantologia, mais as demais áreas ligadas a ela evoluem, tanto em tecnologia como no cuidado à saúde e serviços. É sabido que um hospital com serviço de transplante de órgãos é uma instituição que está no topo também nas outras áreas e especialidades afins – como exames laboratoriais, serviços de diagnóstico de imagem, manutenção do potencial doador na unidade de terapia intensiva – assim como conta com uma equipe qualificada e bem treinada.

Considerando o avanço dessa forma de tratamento, e seus bons resultados, cada vez mais pacientes têm indicação e se colocam como receptores de órgãos. A problemática mundial, no entanto, vem sendo a de dar conta dessa demanda por órgãos, já que o número de doadores ainda se encontra muito aquém do de receptores. A situação problemática é que quem precisa de um órgão, pensa imediatamente em consegui-lo; do outro lado, quem tem o órgão, titubeia antes da decisão de doar.

Além disso, uma série de outros fatores contribui para que o transplante não seja um processo assim tão fácil e rápido¹, já que depende, em grande parte dos casos, da morte de outra pessoa. O processo de doação de órgãos compreende órgãos advindos tanto de vivos como de mortos. O transplante entre vivos ocorre quando alguém opta por doar um rim ou um pulmão, restando com o outro. Dessa forma, é uma modalidade mais restrita.

Já o transplante de órgãos a partir de cadáver possibilita que cada doador represente solução para a vida de praticamente 10 receptores, que serão beneficiados com pulmão, rim, fígado, coração entre outros órgãos e tecidos. Nesse sentido, parecem plenamente justificadas a importância do transplante como política de saúde pública e a ênfase dada a ele nos mais diversos países do mundo.

A Espanha desponta hoje com o melhor sistema de transplantes do mundo, que vem sendo copiado por vários outros países, inclusive pelo Brasil. Um dos diferenciais do sistema daquele país é o treinamento das equipes que trabalham nesse âmbito. Juntamente com teoria, elas têm como prática simulações de

¹Há muitos fatores complicadores do processo envolvidos, como carências estruturais (disponibilidade de serviços como exames de análises clínicas e de imagem em horário integral, obsolescência de equipamentos – quando não a sua carência), resistência de profissionais e deslocamento da equipe de captação. Outros dificultadores são o diagnóstico de morte encefálica atrasado, a parada cardiorrespiratória durante o processo, e a negativa familiar. Esses fatores serão detalhados no decorrer do trabalho.

episódios de morte encefálica, o que possibilita à equipe um maior contato com a ideia e com os sinais clínicos de um potencial doador, o que permite sua familiarização com eventos desse tipo. Os entrevistados fazem referência justamente a falta de treinamento dos profissionais nos diferentes âmbitos, desde a graduação até a prática na unidade tanto com pacientes terminais, como potenciais doadores.

A falta de treino pode ocasionar dúvidas durante o processo, que certamente, enquanto não forem sanadas, impedirão que seja levado adiante. E, nesses casos, não há tempo a perder, já que “o morto encefálico é como um avião desgovernado”, de acordo com um entrevistado. Então quanto antes acontecer a captação, mais chances tem a equipe de obter um resultado favorável ao fim do processo. Isso no entanto pode ser uma via de mão dupla: caso a equipe contrarie o processo de transplante por algum fator, pode passar a agir vagarosamente no diagnóstico, ou nem buscá-lo a fim de que não se realize.

Ainda que se considere e seja mundialmente aceita a prática a partir de doador cadáver, salienta-se que a morte é um assunto que tende a ser evitado, que se quer apagado da lembrança e do cotidiano. E a noção de doação de órgãos está diretamente ligada à representação social de morte. Isso surge como um fator determinante para a ocorrência do transplante. Apesar de aceita em praticamente todos os países do globo, essa prática não é consenso nem mesmo entre os profissionais da saúde (ERDOGAN et al, 2002; SHABANZADEH et al, 2009). Isso remete a pensar que o conhecimento científico de um tema não basta para ser plenamente aceito por uma população, já que em sua assimilação estarão implicados crenças, valores e padrões de pensamento arraigados no imaginário social. Todos esses fatores irão compor as representações sobre determinados temas, e isso vai ser determinante na assimilação de conceitos.

A morte, desde há muitos anos, é considerada como sendo a morte do coração, representante da essência da vida humana. Os mais variados grupos, ao se referir ao âmago humano apontam para o coração: amigo do peito, flechada do Cupido, sinal que indica vida em *games*, e assim por diante. Além disso, relacionados com a morte estão a percepção de corpo gelado, inerte, pálido.

O avanço da Medicina até mesmo em função da transplantologia, porém, também foi responsável pela revisão do que se conhecia como processo de morrer, sendo descoberto que pacientes em coma irreversível não retornariam mais à vida

de relação, estando como mortos, apesar de seu coração continuar batendo. Com o advento da transplantologia, essa nova noção de morte ganha espaço a fim de, em aproveitando os órgãos do morto-vivo, possibilitar o transplante e a reabilitação de outras pessoas.

Assim, o conceito de morte foi modificado em fins da década de 60 por um comitê em Harvard a fim de suprir a necessidade de órgãos para a ocorrência de transplantes. O primeiro transplante bem sucedido foi cardíaco e aconteceu na África do Sul, no ano de 1967, realizado pelo cirurgião Christiaan Neethling Barnard. É um procedimento que até hoje vem evoluindo e com cada vez mais um número maior de resultados favoráveis. Entretanto, como trazem alguns trabalhos, apesar de aceito por uma cúpula, o procedimento ainda não é consenso na população mundial, e ainda é cercado por inúmeras crenças e representações negativas.

A morte encefálica apresenta a particularidade de manter os batimentos cardíacos e, conseqüentemente, a circulação do sangue e o calor na pele. Essa diferença parece suficiente para fazer emperrar a evolução do processo de doação de órgãos. Com base na teoria das representações sociais parece claro, que, além do conhecimento técnico, o comportamento dos sujeitos é influenciado também, e muito fortemente, pelo saber social, ou seja, pela cultura. O coração, dessa forma, ainda segue significando o centro da vida (DICIONÁRIO HOUAISS, 2009, SARTORI; SANTOS, 2011, WOTTRICH, 2011), sendo que a morte seria a parada cardiorrespiratória.

Além disso, a dificuldade atual da sociedade parece ser a de lidar com a finitude humana, sendo, as idéias de morte e decrepitude humana, abomináveis, indesejáveis e a qualquer custo extermináveis. A preocupação médica também viria no mesmo sentido: não perder o embate para morte, ou não fracassar diante da promessa e do lema dos profissionais de saúde de salvar o paciente, tema trazido por Kovács (2011). No entanto, muitos entrevistados salientam que não pretendem ser internados em uma unidade de terapia intensiva porque o processo de morte deve ser algo natural, acontecendo próximo aos familiares, dignamente. Que tipo de conflito estaria implicado nessa prática? O médico considera a UTI um lugar onde a prática da medicina pode ocorrer de forma quase plena, parecendo sua prática gratificante para ele, mas onde eles próprios não esperam estar como pacientes. A equipe trabalha sabendo que a família vê a UTI como último recurso e se alivia ao perceber que a primeira faz todo possível para salvar o paciente. Nem sempre é

possível, mesmo hospitalizado numa UTI, estar a salvo da morte. Diante de todo controle possível sobre a vida, a morte ainda surpreende. A surpresa não é só da família, mas claro da equipe que vinha cuidando do caso.

2. MÉTODO

“Toda investigação se inicia por um problema com uma questão, com uma dúvida, ou com uma pergunta” diz Minayo (2003, p.18). A questão foi conhecer as representações sociais de médicos e enfermeiros da UTI sobre a doação de órgãos. Mais especificamente, o problema esteve em entender como a equipe lida com essa questão na prática, já que o conceito de morte encefálica que perpassa o assunto, não parecia unanimidade entre os profissionais da saúde. Diante disso, surgiu a dúvida: como percebem a doação de órgãos, já que inevitavelmente ela procede de um diagnóstico de morte encefálica? Como consideram a doação de órgãos em relação a si e seus familiares?

Optou-se pela abordagem qualitativa para contemplar representações sociais, conceitos, comportamentos e atitudes, que só são atingidos através de uma pesquisa em profundidade. De acordo com Minayo “o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo. A realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante” (MINAYO, 2003, p.15). Através da pesquisa qualitativa se busca saber que, como e por que da ocorrência de algo. Está de lado diametralmente oposto à pesquisa quantitativa, que busca determinar frequências de ocorrências (RICHARDSON, 1999). Salienta-se que o objetivo de uma pesquisa qualitativa é muito mais aprofundar a compreensão e análises qualitativas da “consciência articulada dos atores envolvidos” em determinado fenômeno, do que a produção de opiniões representativas e objetivamente mensuráveis de um grupo (RICHARDSON, 1999). Uma pesquisa qualitativa constitui a tentativa de compreender detalhadamente significados e características situacionais dos entrevistados.

Os métodos qualitativos enfatizam, assim, as particularidades de um fenômeno quando elucidam suas origens e razões de ser, assim como seu

significado individual e coletivo, e por isso retratam a organização do grupo social em torno de determinadas representações (HAGUETTE, 2003, MINAYO, 2007, TURATO, 2005,). O significado do “querer-dizer” passa a ter um papel organizador para o grupo participante.

Assim, deu-se marcha a um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, com referencial teórico na Teoria das Representações Sociais. A pesquisa focou na obtenção de informações sobre fatos conhecidos dos entrevistados e sobre seu comportamento, assim como o conhecimento de suas opiniões ou atitudes (RICHARDSON, 1999).

2.1. Os procedimentos da coleta de dados

O local escolhido para o estudo foi a unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário do interior do Estado. A ala conta com médicos, enfermeiros, assim como fisioterapeuta, nutricionista, técnicos de enfermagem, e abre as portas para alunos da graduação e residentes. Após a autorização institucional para aceder aos profissionais, contatou-se o coordenador da unidade, que aceitou o início do estudo. O local e o momento da entrevista foram agendados conforme a disponibilidade e preferência de cada profissional. Praticamente todas as entrevistas foram realizadas na sala de reuniões da própria unidade no horário de expediente dos profissionais. Apenas uma entrevista foi realizada, a pedido do profissional, em um hospital privado. As entrevistas, todas individuais – ou *em profundidade*, como sustentam Gaskell (2007) e Richardson (1999) – foram gravadas com o consentimento dos participantes e tiveram duração entre 30 minutos e uma hora e 30 minutos, considerando particularidades de cada profissional, e sua desenvoltura ao falar, ou a abordar este assunto.

Acredita-se que a entrevista é um processo social, em que as palavras são o meio de troca entre entrevistador e entrevistado. Dessa forma, “ela é uma interação, uma troca de ideias e de significados, em que várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas”. Gaskell (2007) considera que o sentido é sempre influenciado pelo outro. Nesse sentido, e de acordo com os preceitos da pesquisa qualitativa, o pesquisador é, além disso, alguém que vem a propiciar um repensar

sobre determinado assunto, experiência que evoca uma sempre nova elaboração do tema. Como bem salienta Gaskell, “talvez seja apenas falando que nós podemos saber o que pensamos” (GASKELL, 2007, p.75).

Considera-se, entretanto, que o diálogo proporcionado na entrevista entre entrevistado e pesquisador não deve influenciar o primeiro a ponto de distorcer seus comportamentos ou declarações. Aqui reside a questão da validade da pesquisa qualitativa, tema sempre rediscutido. Sua medida não é dada pelo número de participantes no estudo ou pelo grau de objetividade do pesquisador em seu relato, e sim, no estabelecimento da confiança entre um e outro (RICHARDSON, 1999).

De acordo com Bauer (2007), entrevistas estruturadas são um método conveniente para a pesquisa social. O procedimento de coleta de dados envolveu a entrevista semiestruturada, ou seja, guiada (RICHARDSON, 1999) por eixos norteadores (TURATO, 2003) ou, como traz a obra organizada por Bauer e Gaskell (2007), tópicos guia. Nesses tipos de entrevista, a investigação se dá com a proposição do tema em estudo de forma geral, levando o entrevistado, então, a refletir sobre a proposta. Na entrevista guiada não há um conjunto de perguntas predeterminadas (RICHARDSON, 1999), e sim, é fornecido um leque aberto em questões amplas, sendo o entrevistado convidado a falar longamente sobre determinado tópico e com tempo suficiente para refletir (BAUER; GASKELL, 2007).

Com o uso dessa técnica foi possível que a pesquisadora esclarecesse alguns pontos através de questionamentos mais específicos em pontos importantes. A entrevista semiestruturada, nesse sentido, possibilitou maior estreiteza no contato entre pesquisadora e participante. O estabelecimento de uma relação de confiança (TURATO, 2003), que sempre se deseja estabelecida no contato com o sujeito, possibilitou tratar dos temas doação de órgãos e morte, sem tantas resistências. Além disso, possibilitou que pesquisadora e entrevistado dessem direcionamentos em momentos distintos da entrevista, trazendo à tona conteúdos não previstos e de grande valia para a pesquisa, potencializando a reunião dos dados de acordo com os objetivos propostos (TURATO, 2003).

De acordo com Richardson (1999),

“os fundamentos da entrevista em profundidade estão na convicção de que as pessoas envolvidas em um fenômeno têm pontos de vista ou opiniões que só podem ser descobertas por meio da pesquisa qualitativa” (RICHARDSON, 1999, p. 99).

A entrevista não diretiva – outro termo usado por Richardson (1999) como sinônimo da entrevista semiestruturada – seguiu os seguintes eixos norteadores: a doação de órgãos; as experiências de trabalho em doação de órgãos; as experiências pessoais ou de pessoas próximas que tenham passado, como técnicos ou como usuários, pelo processo de doação de órgãos; o doador cadáver; a morte no contexto do trabalho; as situações pessoais de enfrentamento da morte; a participação na retirada de órgãos com a equipe de transplante; a percepção da doação de órgãos; quanto a ser ou não doador de órgãos; a decisão diante da morte de um familiar. As entrevistas foram caracterizadas através do seguinte código: o número da entrevista seguida pela letra inicial da profissão, como por exemplo: enfermeira, sexta entrevista: 6E.

2.2. Os participantes

Optou-se por entrevistar todos os profissionais médicos e enfermeiros da unidade. Houve a negativa de apenas um profissional da enfermagem, que afirmou não ter interesse em colaborar com o estudo. Considerou-se, no entanto, que sua recusa não interferiu nos resultados do estudo, já que o objetivo era identificar as representações sociais do grupo. Certamente sua percepção, como membro do grupo, esteve contemplada na fala dos demais. Já que, como considera Gaskell (2007),

A fim de se ter segurança de que toda a gama de pontos de vista foi explorada, o pesquisador não necessitará entrevistar diferentes membros do meio social. Nem todos os médicos têm os mesmos pontos de vista. Mas do mesmo modo, acontece normalmente que existe um número relativamente limitado de pontos de vista ou posições, sobre um tópico dentro de um meio social específico (GASKELL, 2007, p.68)

Nesse sentido, os sujeitos desta pesquisa foram nove enfermeiros e nove médicos, sendo alguns residentes. A escolha por esses sujeitos deu-se em decorrência de sua prática estar vinculada diretamente a situações de possibilidade iminente de morte e, numerosas vezes, presenciar ou diagnosticar a morte

encefálica, ou ainda participar da manutenção do potencial doador para a captação dos órgãos. Ter vivenciado o processo de doação de órgãos não foi um pré-requisito para o estudo.

O número de participantes da pesquisa poderia ser questionado como inválido numa pesquisa quantitativa, mas, a importância não está nos números. A noção sustentada por Gaskell (2007) é que “há um limite máximo ao número de entrevistas que é necessário fazer, e possível de analisar. Para cada pesquisador este limite é algo entre 15 e 25 entrevistas individuais” (GASKELL, 2007, p.71). Afirma que o número de entrevistas não implica numa melhor qualidade, ou numa compreensão mais detalhada, porque o número de versões sobre a realidade é finito e limitado. Além disso, as representações de um tema de interesse comum, ou de pessoas em um meio social específico são, em parte, compartilhadas (GASKELL, 2007).

2.3. Os procedimentos de análise dos dados

Em se tratando de análise de conteúdo, foram encontradas concepções diversas como a de Rocha e Deusdará (2005), que se aproxima com a de Bauer e Gaskell (2007), e a de Turato (2003). Tal diferença é trazida por Minayo (2003):

Atualmente podemos destacar duas funções na aplicação da técnica. Uma se refere à verificação de hipóteses e/ou questões. Ou seja, através da análise de conteúdo, podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipóteses). A outra função diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado (MINAYO, 2003, p.74).

A análise de conteúdo clássica enunciada por Bauer e Gaskell (2007) e por Rocha e Deusdará (2005) se baseia na concepção de uma ciência positiva, na possibilidade de fornecer técnicas mais precisas e objetivas, com intuito de descobrir “o *verdadeiro* significado” (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005). Diferentemente desta concepção, Turato (2003), em consonância com a noção de Bardin (2008), divide a análise de conteúdo em algumas, tais como a análise de conteúdo semântica, a análise de conteúdo temática e a análise de conteúdo interpretativa.

Os dados deste estudo foram trabalhados através do que Turato (2003) nomeia de análise do conteúdo temático, ou seja, a procura por expressões verbais ou textuais expressas em conteúdos mais concretos que elucidem os temas gerais recorrentes (TURATO, 2003). Cabe salientar que o material foi transcrito e as falas foram escritas tais quais faladas, o que incorreu numa série de repetições de fonemas, de palavras, assim como a ausência de palavras ou de alguns fonemas somente, em função da forma como se encadeou o pensamento durante a entrevista. Nesse sentido, em muitas situações ficou expressa a dificuldade de se falar sobre o tema.

Iniciou-se o trabalho de análise com a leitura flutuante dos achados para a impregnação de seu conteúdo (TURATO, 2003). Essa prática implicou a “imersão do próprio pesquisador no corpus do texto”, como sugere Gaskell (2007, p.85).

Através desse mergulho no material coletado, se buscou estabelecer relações entre os elementos centrais da pesquisa, que foram os temas doação de órgãos,

morte e frustração no trabalho elaborando módulos. Ainda procurou-se evidenciar aspectos de contradição na fala e mensagens implícitas. Dessa forma, já que a linguagem é o meio para representar o mundo como conhecimento e autoconhecimento (BAUER, 2007), os processos semânticos da fala também foram considerados, quando da expressão de valores e atitudes dos profissionais participantes.

2.4. As considerações e os aspectos éticos

Este estudo seguiu as normas do Ministério da Saúde do Brasil que, através do Conselho Nacional de Saúde, aprovou a Resolução nº 196 de 1996 (CNS, 1996), denominada Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Tal resolução é baseada em documentos internacionais, e trata, entre outros aspectos, da pesquisa e seu protocolo, dos seus riscos e danos associados ou decorrentes, assim como do consentimento livre e esclarecido.

Além disso, foram considerados os quatro princípios que sustentam a ética da pesquisa com seres humanos: os princípios da autonomia, da beneficência, da não-maleficência e da justiça (TURATO, 2003). O primeiro princípio sugere a livre aceitação do participante de uma pesquisa científica, sem qualquer tipo de coerção, e o esclarecimento pelo pesquisador quanto aos objetivos, aos procedimentos e à divulgação dos resultados (TURATO, 2003).

O princípio da beneficência foi contemplado na medida em que o entrevistado pôde ter aumentada sua consciência sobre o tema em questão, considerando inclusive o seu posicionamento frente a ele; ofereceu contribuições ao pesquisador no incremento do conhecimento científico, e a outras pessoas, ligadas também a esse tema; além de satisfazer-se com a possibilidade de escuta de um profissional qualificado, e fazer da entrevista, de alguma forma, um momento catártico (TURATO, 2003).

Também foi seguido o princípio da não-maleficência, que abomina a invasão da privacidade, a abertura de antigas feridas e a quebra do anonimato (TURATO, 2003). O princípio da justiça veio a contemplar o tratamento equitativo aos entrevistados.

Antes do início da entrevista, os participantes foram informados sobre o procedimento e uso de materiais de registro, e, aceitando participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, foram noticiados que não seriam remunerados, tampouco teriam benefícios diretos por sua participação. Entretanto, o simples parar e pensar sobre sua prática, e o contato com o entrevistador são sempre mobilizadores, servindo para repensar a significação da doação de órgãos e da morte.

Todos os cuidados foram tomados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações, preservando a identidade dos sujeitos de pesquisa. Todo o material desta pesquisa está sob responsabilidade dos pesquisadores, no Departamento de Psicologia da UFSM, e, após cinco anos, será destruído. Os dados individuais dos participantes não foram informados à instituição envolvida e tampouco foram evidenciados no trabalho. Um exemplar deste estudo será disponibilizado ao hospital estudado.

3. AS CATEGORIAS

A seguir, serão apresentadas as principais categorias elaboradas a partir dos resultados da pesquisa em forma de subtítulos: a frustração, a confiança no processo, a morte como processo, e o impacto da morte e a analgesia do profissional. Algumas categorias ainda são compostas de subcategorias, relacionadas, por exemplo, ao horário do atestado de óbito, e a manutenção do não doador.

3.1. A frustração

A UTI aparece como central em relação ao processo de doação de órgãos, já que é uma unidade complexa, onde ocorreriam a maior parte dos processos de diagnóstico de morte encefálica e de manutenção do potencial doador. Mesmo estando equipados de conhecimento e de boa condição de equipamentos, isso não parece suficiente para que o processo ocorra sem frustrações. Os profissionais de saúde demonstram decepção frente ao trabalho de captação de órgãos. Após ter despendido horas de trabalho e esforço para manter um paciente em morte encefálica viável para doação, e não efetivar o transplante em função de problemas de estruturação do processo traz sensação de fracasso. Santos et al (2012) trazem a burocracia como um dos dificultadores ao processo de transplantes. Isso se evidencia no depoimento de um profissional da enfermagem:

E tem toda uma burocracia por trás, né... Tem a central de transplantes que é de Porto Alegre, eles pedem mil e um exames, a gente fica na dependência de muita gente assim [...] nem todo mundo tem muita boa vontade [...] e daí às vezes tem um profissional só que faz aquele exame, não tá disponível naquele período. Então é complicado assim... Às vezes se perde, né, órgãos por causa da burocracia e por causa da falta de boa vontade dessas pessoas (5E)

Um profissional médico, que alega o desgaste da equipe e a frustração diante do impedimento da sequência no processo, que não trará o prazer esperado:

Então aqui dentro a gente sempre tenta executar o procedimento padrão de diagnóstico, mas nem sempre a gente consegue às vezes esbarra numa coisa estrutural... Então... E isso é frustrante pra quem gosta de fazer e tal, que teria prazer... (15M)

Esse aspecto também aparece na pesquisa de Meneses et al (2010) como fator que impede os transplantes. A carência de aparelhos e a burocracia envolvida no processo são um entrave para a finalização do transplante, e contribuem para a descrença e a desmotivação dos profissionais diante desses casos. Muitas vezes, como comentam vários profissionais, não se chega à conclusão do diagnóstico, porque isso depende da disponibilidade de profissionais não vinculados à equipe, mas comprometidos com o hospital:

A gente tá tão desgastado com o processo que nunca dá certo, nunca dá certo, que tu fica assim, sabe, achando que realmente tudo... Tudo emperra, né... Emperra naquele... No médico que tem que vim pra fazer o exame, emperra na questão do... Do... Exame de imagem que tu tem que fazer o e tu tem pouquíssimas possibilidades, né, ahhh... Porque é uma série de exames que podem...[...] só que [...] o hospital não tem muitos recursos [...] e os que têm, também tem a questão do profissional: tu fica muito dependente do profissional que veio fazer o exame... Se for final de semana, a coisa fica... Pior ainda, né... (6E)

Da mesma forma, a carência de alguns aparelhos, ou sua obsolescência, são vistas como um fator que dificulta a prática do profissional diante de um paciente completamente instável:

O paciente tinha que ser transportado daqui para o Hospital "2", no centro, que era o único hospital que dispunha desses exames. Então hoje esses exames estão disponíveis aqui no hospital, uma coisa que facilita bastante. Porque era complicado às vezes nós pegarmos um paciente que estava instável clinicamente, aqui para levar até um outro hospital numa ambulância retornar com ele mantendo a viabilidade dos órgãos... Ah... Que poderiam ser doados... (1M)

A frustração também aparece na fala de um profissional médico, agora em se colocando no papel de captador dos órgãos, já que em tempos anteriores era responsável pela captação e transplante. Ele afirma que a não efetivação do transplante desmotivaria toda a equipe:

Acaba sendo frustrante para a equipe que trabalha na captação porque [...] muitos casos [...] não acabam em... Em doação de órgãos. [...] esse sentimento de frustração [...] em relação à captação [...] toda a equipe compartilha disso (1M)

É um processo desgastante para o profissional, e visto como um fracasso que compromete o entusiasmo da equipe no investimento no paciente. Os entrevistados consideram que, além dos equipamentos necessários para a realização do diagnóstico, alguns serviços indispensáveis para o processo como exames de imagem ou de laboratório dentro do hospital não estão disponíveis em determinados horários, atrasando o processo:

A gente depende de uma outra pessoa que é um angiografista, que faz o diagnóstico... [...] mas só tem exames nos dias A, B, C e D da semana... Não tem todos os dias (15M)

Da mesma forma, o Conselho Federal de Medicina (CFM,1997) orienta que os exames clínicos de morte encefálica sejam realizados por um médico intensivista e um neurologista obrigatoriamente. No entanto, na perspectiva dos entrevistados, atrasos ou indisponibilidade do profissional neurologista, que não trabalha diretamente vinculado à unidade de terapia intensiva, prejudica o processo. Shabanzadeh et al (2009) tangenciam a questão salientando que erros no diagnóstico podem comprometer o transplante. Nesse caso, a falta de um dos profissionais requeridos impediria a realização do protocolo. Como afirmam os profissionais, os casos de morte encefálica não configuram urgência ou emergência, não fazendo parte das prioridades do neurologista de plantão. Alguns colegas consideram sua indisponibilidade no hospital como falta de boa vontade.

A equipe de neurologia aqui... Ela tá normalmente em escalas de sobreaviso, nem sempre os profissionais estão disponíveis [...] para se desencadear um processo, então às vezes leva 24, até 48 horas para conseguir iniciar uma prova de morte encefálica em consequência da falta de disponibilidade do profissional... Porque o compromisso dele muitas vezes é informal porque ele está numa escala de sobreaviso para atender urgências e emergências [...] esses casos de morte encefálica que se pensa em captação de órgãos não é considerado de urgência ou emergência e aí não entram na prioridade do profissional [...]. Porque se nós não temos esse comprometimento, nós ficamos na dependência da boa-vontade do profissional vir fazer uma... Um teste, fazer uma avaliação e aí desencadear o processo (1M)

Outros colegas explicam a “indisponibilidade” do neurologista como uma discordância ao processo.

Tem um neurologista [...] contra a captação de órgãos e trabalha na captação [...] é o maior entrave [...] quando ele é o sobreaviso da neurologia, os pacientes [...] não vão pra doação. [...] Existe um protocolo que deve ser seguido e ele nunca segue [...] eles tinham que entrar num consenso. [...] Não existe uma verdade absoluta [...] Precisa ser definido

alguma coisa pra evitar tanta discordância (18E)

Esse estado de coisas os exporia de acordo com os profissionais, ao jugo da justiça. Passariam a ser então omissos na sua prática, sentindo-se solitário para dar conta da situação:

O pessoal da captação só chega depois eu tá tudo resolvido, o... Neurologista fica a maior parte do tempo com o corpo fora, a enfermagem fica cobrando da gente, do intensivista... A central de leitos não pára de ligar pra nós depois que foi iniciado o protocolo pra perguntar de exame, pra mandar repetir exame, pra mandar não sei o quê, pra perguntar por que que tá demorando, como se fosse tudo coisa do intensivista (12M)

O profissional ainda traz o peso da sua responsabilidade quando refere o discurso do presidente da Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva, que diz que “paciente em morte cerebral em CTI, se não for pra doação de órgãos é ocultação de cadáver” (12M). Dessa forma, mostra que o desenrolar do protocolo na unidade está plenamente vinculado à sua responsabilidade, e ao mesmo tempo, não pode realizá-lo sozinho.

Eu tive uma época que eu fui mais entusiasta, mas agora eu ando meio... Deprimido com a captação de órgãos, que eu acho que tem muita ahhh cobrança e muito envolvimento que sobra mais pro intensi... Mais pro intensivista que qualquer outra especialidade... (12M)

Talvez a dificuldade de cuidar do potencial do doador, somada às carências estruturais e a responsabilidade do médico, ao se ver obrigado a escolher entre tantos o paciente para vir a ocupar um dos poucos leitos da UTI, explique o sentimento de solidão diante de suas escolhas, o medo por ser cobrado judicialmente por isso, além do peso de tratar de destinos humanos.

Há que se ressaltar, ainda, a vulnerabilidade à qual é submetido o médico, pela falta de condições decorrente do não cumprimento da legislação por parte da instituição na qual trabalha, passando, por omissão, a ficar exposto a processos profissionais e judiciais (MENESES et al, 2010, p. 407)

A última fase do protocolo de morte encefálica proposto pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 1997) é o exame de imagem, realizado pelo radiologista.

De acordo com o depoimento a seguir esse serviço teria um horário mais restrito, dificultando o processo:

A gente conversa com as pessoas que às vezes, tentam, fazem tudo e se frustram porque às vezes faltou a última parte, fizeram toda avaliação... Neurologista... Avaliação clínica, prepararam a família, atenderam, vamo faze... A TOMOGRAFIA... Não tinha o exame... E isso é uma coisa dese... que desestimula... (8M)

Ainda, como salientam Meneses et al (2010), as carências quanto a instrumentos que possibilitem o diagnóstico de morte encefálica ainda é uma das causas de sua não finalização. Uma alternativa seria o uso de aparelhos considerados secundários, como o eletroencefalograma. Ainda, como sugerem os profissionais, algumas vezes, antes da conclusão do processo, o paciente em protocolo pode sofrer parada cardiorrespiratória:

E as outras coisas, a gente tá na dependência de outros serviços que são externos à UTI... A gente depende da radiologia, precisa uma angiotomografia, se precisasse fazer hoje, ta estragado o aparelho... [...] se eu não tenho como eu fazer, né... O exame não tem como eu fechar o diagnóstico de morte encefálica porque a legislação exige... Eu vou ficar mantendo o paciente até que o coração pare, e ele não vai pra doação... Eu acabei de perder um potencial doador porque um aparelho tava quebrado... (15M)

Isso resulta no abortamento do processo e constitui mais um agravo na frustração dos profissionais que trabalham com a esperança de realizar o transplante. A expectativa de perpetuar a vida, uma das idéias defendidas por Bendassolli (1998) e Kovács (2011) como facilitadora do processo, não poderia ser efetivada.

É frustrante, né, pra quem faz, até que se isso começa a ser sistematicamente acontecer, né, tu mata a motivação daquela... Daquela... Equipe, né... E que cada vez que a gente consegue encaminhar o paciente pra doação é um êxito, né, que a gente deixa de festejar... Então... E a equipe acaba meio que brochando pra esse negócio e deixando isso de lado... (15M)

De acordo com os profissionais, só depois do exame de imagem é apresentado à família o diagnóstico de morte encefálica e a possibilidade de doação, perante o qual a família deve se posicionar.

Se o neuro confirmar a morte encefálica, aí a família será abordada pela equipe de transplantes, né. Antes disso não (13M)

Porém, o profissional poderá ter vindo em vão:

Atrapalha um pouco é a sequência das coisas: por exemplo, eu preciso fazer tudo pra depois abordar a família... Então às vezes se faz todo um empenho, chega na hora a família não aceita, e a gente tem que dar pra trás. Então o colega se questiona... “ah, vou sair de casa de madrugada, pra fazer um exame, pra ir lá ver uma pessoa que eu não vou acrescentar nada porque ela já tá morta, né”. Ele acha que tem obrigação de sair de casa pra ver alguém que ele vá ter que operar, ou fazer alguma coisa que dê um diferencial... (4M)

Em muitos casos ocorre a negativa dos familiares, algo frustrante para a equipe, empenhada até agora no cuidado do potencial doador. Knih, Schirmer e Roza (2011) ressaltam que a negativa familiar pode ser inclusive resultado da carência na formação dos profissionais que trabalham na abordagem com a família. Comentam que, na Espanha, o índice de negativa familiar perfez em torno de 13% das causas de não realização da doação, muito aquém do apresentado no Brasil. Além disso, Kovács (2008) enfatiza que o tipo de morte também pode interferir no consentimento dos familiares em relação à doação de órgãos. A elaboração de mortes consideradas prematuras seria, de acordo com a autora, mais difícil.

No momento em que eles dizem não, a gente nem... Embora a gente teje raiva desse... De eles dizer não, a gente tem que ficar com aquela cara de paisagem “O senhor faça o que o senhor quiser”. Já aconteceu de um familiar vim e parecer que vai doar, mas daí tu vai falar com outro familiar, daí o outro familiar bota um circo e diz que não quer. Daí a gente tira o time de campo, porque a gente não vai se meter em briga de família (12M)

Há cerca de cinco anos existe equipes de coordenação do processo de doação de órgãos nos hospitais, também encarregada pela busca de consentimento dos familiares para a doação. Tal comitê tem a função de abordar a família sobre a doação de órgãos, e está vinculado à Central de Transplantes, que atua em nível estadual, e controla o processo. Knih, Schirmer e Roza (2011) explanam a organização do processo dando ênfase ao Estado de Santa Catarina. Há outra equipe responsável pela captação dos órgãos e, de acordo com os entrevistados, inexistente na cidade pesquisada. Já que não existe essa equipe de captação organizada na cidade, ela seria acionada pela central estadual e viria fazer a retirada dos órgãos, que, levados para a central, seriam distribuídos conforme a lista de espera e a gravidade dos casos.

Vale ressaltar que, de acordo com as autoras supracitadas, o Brasil ainda não segue em toda sua extensão a normativa responsável pela criação dos comitês intra-hospitalares. De acordo com a normativa, todos os hospitais com pacientes em ventilação mecânica em UTI deveriam ter coordenador de transplante. Na prática, isso acontece apenas com os hospitais das regiões Sul e Sudeste.

Os entrevistados, em relação à divisão em etapas e equipes, consideram que o processo fica entremeado por percalços, e essa cisão entre equipes prejudica o andamento do processo. Talvez isso aconteça porque se rompe com a ideia de continuidade do trabalho, e os esforços não estariam dirigidos a um único resultado: o transplante. Além disso, os profissionais consideram que o processo inteiro deveria ser realizado na região.

Depende da disponibilidade dessa equipe para vir ao local fazer a retirada dos órgãos disponíveis para a doação. Então existem vários obstáculos à conclusão, à efetivação a doação de órgãos para esses pacientes potencialmente doadores. Então o trabalho da equipe às vezes é frustrado, muitas vezes é frustrado... Então vamos considerar que para cada dez potenciais doadores talvez dois, três, tu consiga efetivamente realizar uma captação de órgãos... Para transplante... O que... Limita bastante... Facilitaria muito se... Equipe de captação e a equipe que vai realizar transplante, eles ficassem na região única... (1M)

O profissional situa no passado sua realização profissional, referindo que em épocas anteriores os próprios profissionais do hospital realizavam a captação e o transplante, em salas contíguas. Talvez se a equipe tivesse mais presente o fim único para o qual está trabalhando, focasse mais no resultado.

A minha experiência maior foi quando... E melhor foi quando tinha uma equipe que realizava transplante aqui no hospital... Então a própria equipe fazia a captação e fazia o transplante... Então o órgão era retirado aqui e era feito o transplante aqui (1M)

Essa partição no processo resulta na perda da ideia de totalidade, o que desmotivaria a equipe a perseguir o término do processo com transplantes. Como explica o profissional, em outras épocas o transplante era efetivo. Os profissionais trazem atualmente a sugestão da criação de uma central de transplantes mais próxima, a fim de potencializar o número de transplantes, diminuindo os fatores interferentes, como o deslocamento da equipe e o tempo gasto. Abaixo é apresentada a interferência do fator tempo no processo:

Nós não temos uma equipe de captação aqui no hospital... Adequada pra isso, que é um problema, né... Isso às vezes a gente perde horas aguardando alguém vim de Porto Alegre, alguém vim de Passo Fundo pra captar os órgãos. E às vezes... Uma, duas, três horas faz a diferença (8M)

Além disso, os ruídos na comunicação entre as equipes seria um fator de desapontamento:

A equipe de captação vem lá de Porto Alegre... Então às vezes e... A informação se perde no caminho [...] e às vezes eles ficam de vir e não vêm... E você tá... Tudo armadinho aqui, prontinho... Eles não chegam na hora marcada (2E)

Por outro lado, a equipe de captação também sofre e se frustra com percalços no processo. Esta fala pertence a um profissional que já teve a experiência dentro de uma equipe de captação:

Só as dificuldades que a gente encontra fora, né, da gente às vezes são muito grandes, e aí acabam... Acabam... A gente teve um balde de água fria que aconteceu na época que eu trabalhava... Diretamente em equipe de transplante que foi... A queda do avião com a equipe inteira, né, de transplante... E a morte de todo mundo, né... [...] fez com que o glamour do transplante, o frisson que ele tinha, que ele exercia... Sobre a minha pessoa, ele desaparecesse um pouco [...] no momento em que tu perde teus amigos, tuas coisas, tu começa a questionar... Né, o valor daquilo, né, o valor do risco envolvido, né, nos deslocamentos, nas coisas... (15M)

Uma ocorrência dessas abala sobremaneira a equipe, que passa então a relativizar a importância de sua atividade, o quanto pode vir a se comprometer. De acordo com alguns profissionais, ainda há muito a melhorar:

Isso é outra coisa que teria que ter uma organização maior nisso pra nós começar realmente a fazer um negócio mais sério, porque o que a gente faz é muito amador ainda... A gente dá um jeitinho com o que a gente tem... (8M)

Trabalhar com a morte parece um tema complicado e, de certa forma, frustrante porque a meta dos profissionais da saúde seria a vida. Diante da descrença no potencial da equipe e na possibilidade da efetivação do processo de transplante, a equipe se desmotivaria. Na fala a seguir, vale observar que a doação aparece como frequente em tempos idos, mas atualmente como possibilidade um tanto remota.

Não vai ter alegria, não vai ter tchauzinho na porta o paciente saindo, não vai ter a família dando graças a Deus que ele tá curado. E vai ser só

tristeza. E vai ser só trabalho. Porque ah... A gente sabe que todo trabalho que tá sendo feito ali é pra manter aquele corpo íntegro pro velório. Ou pra doar. E... Como a gente não tem uma quantidade de doação assim de, como já teve uma vez, oito por ano, que... Que deve trazer no final do ano... (17E)

A falta de uniformização no processo também surge nas entrevistas. De acordo com Meneses et al (2010), essa variação nos procedimentos gera questionamentos aos profissionais, já que nenhum processo tecnológico ainda foi capaz de definir com precisão o momento da morte. Isso implica em desgaste emocional dos profissionais. Além disso, o desgaste psíquico do profissional pode ser incrementado, apesar de concordar conceitualmente com a morte encefálica, afetivamente, por vezes, parece não aceitá-la muito bem.

Tá morto encefalicamente, né... Mas o coração não... É difícil, é complicado... [...]. Só com meios gráficos e... Com tomografia, com angiografia... Se não você não sabe... Acho que o que te diz mesmo "tá morto", que é o último exame que você faz, é a angiografia... (2E)

3.2. A morte como processo

A consideração da morte é um assunto praticamente excluído do discurso nos dias de hoje, diferentemente do que já foi em outros tempos históricos. Phillippe Ariès, em sua obra traduzida para o espanhol *El hombre ante la muerte* (ARIÈS, 2009), aborda brilhantemente a forma como o homem vem relacionando com sua finitude ao longo dos tempos e adjetiva a morte para denotar os diferentes contornos assumidos por ela nas diversas fases históricas. Dá ênfase ao momento histórico em que o moribundo fazia parte da família, e dela era esperado o seu cuidado. O morrer era, nessa época, um processo natural, vital, que sucedia em pleno berço familiar e por isso não chocava. A família prontamente se conformava (no sentido de tomar forma) com a situação que ia se delineando. O velório, por sua vez, acontecia em casa, que se abria para receber quem viesse saudar o morto.

A atualidade é apresentada por Ariès pela concepção da morte invertida, em que o homem, com o auxílio de todo desenvolvimento científico e tecnológico, passa a negar a finitude como parte do ciclo vital, passando a se tornar um tabu. O

discurso delineado pelos entrevistados nesta pesquisa mostra justamente essa dicotomia.

O processo de transplantes evolui de maneira significativa em tecnologia, no desenvolvimento de drogas para suporte vital, e os índices de processos efetivados no mundo mostram isso (ESCUDERO et al, 2009b). No entanto, em alguns países, caso do Brasil, ainda é esperado um incremento nesses índices. O porquê fica evidente o analisar as tabelas do Jornal Brasileiro de Transplantes (JBT, 2011): nota-se a discrepância entre o número de potenciais doadores e o número de transplantes efetivados. Entende-se que um dos motivos seja a não assimilação, pela população em geral, do processo de doação de órgãos como apresentam Erdogan et al (2002), Shabanzadeh et al (2009) e Sque, Long e Payne (2005). Vários dilemas éticos, como apontam Escudero et al (2009) e Knih, Schirmer e Roza (2011), acompanham esse processo: a não compreensão do diagnóstico de morte encefálica como correspondente à morte de fato seria um dilema importante.

Sabe-se que a suspeita de morte encefálica é condição necessária para que se dê o início do protocolo. Caso o resultado para morte encefálica seja positivo há possibilidade de que aquele paciente em morte encefálica se torne um potencial doador. Por isso, é contatada a família, a quem cabe a decisão da doação de órgãos. Sendo a família favorável, o atestado de óbito leva o horário do exame confirmatório (exame de imagem), inicia-se a manutenção do potencial doador e contata-se a central de transplantes responsável pela captação.

Caso o diagnóstico para morte encefálica seja positivo e a família discorde da doação, o Conselho Federal de Medicina (CFM, 1997) indica que sejam suspensas todas as medidas de suporte vital. Aguarda-se a parada cardiorrespiratória, momento em que se atesta o óbito, e entrega-se o corpo para a família.

Contudo, a prática tem ocorrido de forma um tanto diversa da teoria nos casos de não doadores, sendo que geralmente os pacientes seguem em manutenção como um paciente em morte encefálica doador (potencial doador). A manutenção das medidas de suporte vital nesse caso seria dispensável em virtude de que a morte já teria sido constatada formalmente. Entretanto, o não desligamento dos aparelhos aponta para a ideia de que o diagnóstico de morte encefálica não convence nem mesmo os profissionais, e, portanto, a não correspondência com a representação de morte.

Além disso, noções de vida e de morte são permeadas por crenças e visões de mundo. A segunda, mais especificamente se abre para um sem fim de interpretações já que os sujeitos não conseguem dar-lhe forma nem explicação. Sua consideração abre espaço para divagações, crenças, e segue padrões culturais diversos, sendo que algumas culturas não assumiram de imediato o diagnóstico de morte encefálica como correspondente à morte.

Apesar do discurso científico, o coração segue sendo o símbolo da essência da vida em diferentes culturas, assim como o que existe de verdadeiro no ser humano. Dizer-se amigo do peito, por exemplo, é atestar-se um amigo fiel. Assim como falar de coração aberto, seria o mesmo que expressar-se com sinceridade, franqueza. Ainda, em jogos de videogame também essa simbologia é utilizada, ao representar o número de vidas do personagem com x corações. Sendo assim, relaciona-se o déficit nos índices de doações de órgãos com a representação social da morte, que é a cardiorrespiratória.

Como o motivo das entrevistas foi a doação de órgãos, a morte surgiu inicialmente no discurso como sinônimo de morte encefálica, e os profissionais não mostraram resistências ao processo de doação de órgãos: “do momento que o cérebro não funciona mais todo o resto do corpo não vai mais funcionar” (9E). Entretanto, ao longo do diálogo, os profissionais mostraram ambivalências em relação ao processo, como, no trecho a seguir, onde a incongruência se expressa no ato falho: “a única maneira é a morte de paciente tendo morte cerebral, né. Morrer o coração ant.... Morrer o cérebro antes do coração” (9E). Quintana e Arpini (2009) referem a tendência, no decorrer do diálogo, de que as pessoas, em se sentindo mais acolhidas, diminuem as defesas, revelando as crenças envolvidas com o tema.

Os profissionais expressam que seu entendimento da doação de órgãos, assim como do processo de morrer, abrangeria muito mais do que uma noção acadêmica ou científica. E a pertença a comissão encarregada pela busca de consentimento dos familiares para a doação não interfere na pré-concepção da morte tida pelos profissionais da UTI. Ou seja, mesmo pertencendo a um grupo que se pretende facilitador da doação de órgãos, os entrevistados mostram a convivência com incongruências em relação ao diagnóstico: em se tratando, por exemplo, de familiares seus, se portariam de outra forma diante da possibilidade de transplante.

Como o conceito de morte está fortemente imbricado com a consideração da doação de órgãos, a concepção de morte encefálica deveria ser impreterivelmente entendida pelos profissionais que trabalham com a temática. Além de entendida, assimilada, já que não basta o conhecimento acerca do tema: autores como Erdogan et al (2002) sustentam as representações sociais de um tema são produto também de questões culturais. Os profissionais, no entanto, salientam a importância do conhecimento sobre o tema, como se essa fosse a condição suficiente para assimilá-lo. Isso fica apresentado na utilização do verbo “ter” a seguir:

eu que sou enfermeiro, **tenho** [grifo nosso], eu sei que a partir do momento que o cérebro não funciona mais todo o resto do corpo não vai mais funcionar. A minha concepção de morte é essa (9E)

De acordo com o profissional, o fato de ser enfermeiro implicaria na ideia de entender *a priori* a morte encefálica como sinônimo de morte. Porém, o que indicam os profissionais entrevistados é que ainda não está estabelecida essa correlação. Além disso, o modo como os profissionais se referem ao paciente nessas condições pode revelar muito de postura frente à doação. Apresentá-lo como “em morte encefálica” ou “paciente diagnosticado com morte encefálica” seria diferente de dizer que está definitivamente morto. Da mesma forma que se referir a ele como “paciente em morte encefálica” se distingue de antevê-lo como “potencial doador”. Com base na maneira como se referiram ao paciente, pôde-se notar a ênfase do profissional a uma fase do processo: ao tratar o paciente como potencial doador, o profissional estaria mais inclinado a considerar a possibilidade da doação, mostrando atitude favorável ao processo de transplante. Em contrapartida, considerar o paciente como “diagnosticado com morte encefálica” enfatizaria o processo de morrer, e até certo questionamento de que a morte encefálica corresponderia à morte. Isso talvez explique, além da burocracia e da negativa familiar, a dificuldade que se tem para encaminhar um potencial doador para a captação de órgãos.

O panorama da situação parece o seguinte: a medicina hoje possibilita a postergação da morte (BENDASSOLLI, 1998) através do transplante, e, em contrapartida, ainda haveria discussões em relação a noção de morte encefálica e o questionamento do diagnóstico como equivalente à morte. Emaranhados por essas noções, estariam os profissionais da saúde, dentre eles médicos e enfermeiros. As

dúvidas, contudo, não o eximem de exercer seu papel. Certas vezes parecem recear de ter que responder à Justiça por seu trabalho.

Estar com um paciente em morte encefálica na UTI e não encaminhá-lo, com autorização da família, à captação de seus órgãos, por exemplo, aparece como um problema ético e moral para o profissional. Esse dilema é trabalhado por Kovács (2011), que considera a delicada situação do profissional, diante da noção popular e ainda dominante de morte cardíaca em contraste com todo potencial oferecido pela tecnologia médica e pelos avanços do conhecimento sobre a morte e a vida, ou seu restabelecimento.

o paciente em morte encefálica **ele tá clinicamente morto** [grifo nosso]: porque o cérebro parou de funcionar, e o paciente em 24, 48 horas vai parar... Vai morrer... Né... Então se nós pudermos é... Utilizar esses órgãos pra algum paciente que esteja... Que possa se beneficiar e viver uma vida normal ou praticamente... Melhor... Eu acho que isso é um compromisso muito grande tanto profissional... Como moral e... E ético (1M)

Conforme o discurso de um colega, manter um paciente em morte encefálica na UTI seria crime. “Paciente em morte cerebral em CTI, se não for pra doação de órgãos é ocultação de cadáver” (12M). Isso traz inevitavelmente ao profissional a preocupação do envolvimento com a justiça, por agirem criminosamente. Contudo, a representação que têm da morte influencia, ou melhor, determina sua ação.

Que o paciente que tá... Foi **constatado** que tá com morte encefálica o paciente que... Que é **considerado**, né, um paciente morto, que não tem mais condições, não vai ter mais como retornar, né, então é só uma questão de... Do coração dele, né... De alguns dias pra que a coisa se complete, digamos assim, né, perante aquela situação que **a gente tá acostumado**, né... Que é a **parada do coração**, né [grifos nossos] (6E)

Mesmo acompanhando o protocolo de morte encefálica, a equipe parece não aceitar a morte encefálica como equivalente à morte, o que traz reticências ao processo de transplantes. Isso seria uma explicação para sua ocorrência ser cada vez menor, como salientam alguns entrevistados. O descrédito seria uma resposta para sua escassa realização.

Até porque a equipe não acredita muito, né... Eu percebo assim... Que... Que a maioria dos profissionais das várias áreas, né... Não... Não acreditam na doação em si aqui dentro [...] a equipe tem bastante... Ah... Restrições ainda... Principalmente a equipe de enfermagem... Bastante restrições em relação ao diagnóstico (6E)

Estudos como o de Bitencourt et al, (2007) salientam que mesmo acadêmicos de medicina têm receio em aceitar o conceito de morte encefálica. Trazem em seu estudo referências de 1976 e 1981, cuja noção permanece atual, já que os profissionais parecem ainda não ter assimilado o conceito de morte encefálica. O estudo de Erdogan et al (2002), realizado na Turquia, mostra que alguns médicos ainda desconhecem o diagnóstico de morte encefálica, sendo que os transplantes de doador cadáver já acontecem em seu país desde 1978. As informações que chegam ao profissional ainda não seriam suficientes para dar crédito ao processo. A assimilação da ideia de morte encefálica como sinônimo de morte, porém, não dependeria unicamente de treinamento e da vontade pessoal dos profissionais da saúde. Estaria relacionada com a mudança de concepção social da ideia de morte (ESCUADERO et al, 2009). De acordo com a teoria das representações sociais proposta por Moscovici (JOVCHELOVITCH, 2011a), as representações são resultado de um trabalho cultural, de objetivação e de ancoragem² de conceitos, que demanda tempo para serem assimilados. Além disso, são continuamente transformados.

Ao relacionar a teoria das representações sociais e o processo de doação de órgãos com os dados das entrevistas, entende-se que os profissionais ainda não façam a correspondência entre o diagnóstico de morte encefálica com a morte de fato. E isso ressurgiria nos meandros da prática com esses casos. Sua insegurança aparece expressa em descontinuações na fala, incerteza e atos falhos em seus depoimentos. De maneira geral, em sua fala expressariam a aceitação da morte encefálica, encobrendo um discurso latente, que sustenta que o óbito é a parada cardiorrespiratória: “sim, tá morto encefalicamente, né... Mas o coração não... É difícil, é complicado...” (2E).

Convém salientar que em nenhuma cultura se tem dúvida de que alguém sem batimentos está morto. A morte encefálica surge como um conceito, desconstruindo a ideia vigente de morte depois de parada cardíaca e antecipa seu diagnóstico. Só isso possibilitaria a ideia de transplante: ao diagnosticar a morte, precocemente, salvaguardaria os órgãos ainda com vida. Nesse sentido, os entrevistados trazem a concepção de morte encefálica como o início do processo de morrer. O “óbito final”

² Objetivação e ancoragem são conceitos trazidos por Moscovici e embasam a teoria das representações sociais. O primeiro conceito estaria relacionado relacionar alguma representação a um conceito, abstraí-la. A concepção de ancoragem, de acordo com sua teoria seria a classificação do desconhecido em uma categoria familiar (FONSECA; CARVALHO, 2005).

ocorreria com a cessação dos batimentos cardíacos, em questão de horas após o diagnóstico de morte encefálica. O trecho acima contempla a noção de que estaria formalmente morto para doar seus órgãos. Já no excerto abaixo, o potencial doador seria mantido com medidas de suporte a fim de permanecer vivo. Isso não quer dizer, em hipótese alguma, que os profissionais considerem que o paciente esteja vivo, e sim, seus órgãos. No entanto, o que pode ficar demonstrado é que a morte encefálica seria apenas o início do processo de morrer.

as condutas, pra manter o **paciente vivo e em condições de fazer a doação**, né... Daí eles chamam e fazem a retirada lá no bloco [grifos nossos] (5E)

Em realidade, a ideia central das entrevistas é de morte como um processo: nos casos de morte encefálica, cujo diagnóstico possibilitaria a doação de órgãos, esse seria o início do processo de morrer, que terminaria com a parada cardiorrespiratória. Como a ideia trazida em Knih, Schirmer e Roza (2011) de “cadáver-latente”, em referência ao paciente em morte encefálica, potencial doador de órgãos. Ele estaria em latência, expressa na manutenção funcional de alguns órgãos, por algumas horas: “porque ele está sendo mantido vivo, né... Na realidade, ele ainda não está totalmente morto” (10E).

O termo “totalmente” parece confirmar a ideia de morte como processo, sendo que um potencial doador, dessa forma, ainda não teria ido a óbito. A captação, no caso, seria dos órgãos de um paciente “em morte”, em processo de morrer, como se percebe nas falas de enfermeiros e médicos intensivistas.

De acordo com Kind (2009), a tecnologia que possibilitou tantos avanços na medicina, trouxe consigo alguns problemas morais com os quais a equipe de saúde teve de se deparar: por exemplo, a situação de corpos respirando artificialmente, mas sem perspectivas de resgatar a saúde. Ou, como no caso da doação de órgãos, sem alternativa para resgatar a vida.

Dessa forma, o resultado do exame de imagem – último pré-requisito parcial para o diagnóstico de morte encefálica – permitiria constatar, como no trecho acima, o início do processo de morrer do paciente, sendo que sua irreversibilidade não seria imediata:

ele **entra em morte encefálica** [grifo nosso] e começa a sofrer uma série de processos degenerativos do organismo, e o metabolismo do paciente fica completamente alterado, até um ponto que isso se torna irreversível (7M)

O processo de morte iniciaria com a cessação do fluxo sanguíneo encefálico, comprometendo, na sequência, os outros órgãos num intervalo de dois ou três dias, e terminando com a ocorrência do óbito:

difícilmente os sistemas dele continuam funcionando por mais assim de 24, 48 horas, 72 horas. Mas nesse período que eles ficam assim ah.. a gente não pode suspender ah suporte ventilatório. Ah eles continuam ventilando, continuam conectados aos aparelhos até o óbito (7M)

Óbito e morte nesse caso não parecem sinônimos. Em poucas falas até surgem como equivalentes, mas em geral o óbito aparece com sentido de parada cardiorrespiratória. Dessa forma, o conceito de morte encefálica não parece totalmente aceito pelos profissionais da saúde como equivalente da morte, já que o coração continuaria batendo. E o coração traz consigo uma simbologia que atravessa culturas, e representa a essência da vida, o constituinte primeiro do ser humano como alguém bom (de coração).

Os pacientes em morte encefálica, usando a expressão de Kind (2009), seriam corpos com vida conectados ao mundo por fios. Permanece um fundo de dúvida sobre a irreversibilidade do quadro, responsável pelo receio de considerar prontamente o paciente como morto. Ainda em Kind (2009), encontra-se que o triunfo dos aparatos para prolongar a vida esmoreceria diante do efeito colateral de prolongar o processo de morrer.

dizer que aquela pessoa não tem mais condições de melh... De melhora, que ela não vive mais... Então... É uma coisa difícil de... De aceitação assim... E até a gente, o profissional que faz o... Sabe?! Não é assim... Tu fica pensando se realmente... (6E)

Parecem coexistir duas dúvidas diversas. A primeira: seria a morte encefálica o mesmo que impossibilidade de o paciente recobrar a saúde? A segunda: o paciente em morte encefálica estaria morto? Muitas perguntas parecem minar o processo de doação de órgãos, e a grande incerteza seria justamente esta: “estaria morto?”. A partir disso, como proceder com tranquilidade com aquele paciente? Como aceitar a doação se a condição de morte encefálica é pré-requisito, e ainda restariam dúvidas sobre ela?

É duas coisas bem difíceis, né: primeiro, é aceitar a morte encefálica; e o segundo, é aceitar a doação. Eu acho mais fácil tu doar do que aceitar a morte encefálica (3M)

Aspecto interessante de considerar, afinal se fosse algo pronto, terminado, poderia ser considerado um “paciente morto encefálico”, ou simplesmente “paciente morto”. Entretanto o uso da locução “em morte encefálica” qualifica um estado não acabado, adequado justamente à ideia de processo: “apesar do resto das funções estarem funcionando, eu sei que aquilo ali não... Tu não vai conseguir mais reverter aquele quadro” (9E).

A insegurança não parece relacionada somente à aceitação da morte encefálica, mas também à forma como é diagnosticada. O diagnóstico de morte encefálica depende de um protocolo constituído de dois exames clínicos e um exame de imagem. Os exames clínicos devem ser realizados com intervalo geralmente de seis horas entre um e outro, e por profissionais diferentes (um deve ser realizado por neurologista). Se o resultado do segundo exame for positivo, prossegue-se o protocolo com o exame de imagem, realizado por radiologista.

No entanto, mesmo com a existência do protocolo, a própria equipe parece duvidar do rigor na realização do diagnóstico. O diagnóstico, de acordo com a equipe, é atribuição dos médicos; alguns enfermeiros, entretanto, duvidam do resultado ao julgar a forma como fora realizado. Essas dissonâncias na equipe são trazidas no discurso, que elucida a ideia de cisão entre médicos e enfermeiros.

e a gente mesmo aqui na UTI às vezes questiona, né: pô, alguns pacientes estão com morte encefálica, e daí depende do profissional que avaliou... Será que avaliou bem? Será que avaliou direito? Será que realmente tá em morte encefálica? (11E)

Os entrevistados relatam que a insegurança diante do diagnóstico seria realçada pela dificuldade de realizar os exames de imagem. Segundo comentam, muitos protocolos são interrompidos em virtude dos horários de funcionamento do serviço de radiologia. A obsolescência dos aparelhos disponíveis poria em dúvida o resultado do exame. Em determinadas ocasiões houve necessidade de transportar o paciente em protocolo de morte encefálica para outro hospital a fim de realizar o exame de imagem e concluir o protocolo.

Mesmo assim, os profissionais se colocam como favoráveis a realização do processo de doação de órgãos, porque, tendo ocorrido a morte encefálica, o óbito é inevitável e o processo de morrer conclui com a falência múltipla dos órgãos.

o paciente vai... Ele vai... Ele vai evoluir pro óbito de qualquer maneira. Pro **óbito final** [grifo nosso], né, porque morte encefálica... Morte do tronco encefálico ele já teve, né... Ele não tem nem mais condições de manter

seus órgãos internos funcionando (13M)

Dessa forma, o trabalho com a morte, além de sofrido, parece seguir cercado de dúvidas. Bellato e Carvalho (2005) defendem que a visão prevalente na instituição hospital seria a tecnicista. E por isso, em um primeiro momento, os profissionais se colocam favoráveis ao processo de doação de órgãos, considerando que a morte encefálica já representaria a morte do paciente. Talvez o mecanismo de isolamento, ou de racionalização, como traz Bendassolli (1998), estejam presentes na sustentação dessa ideia, já que falar sobre a morte e lidar com ela parece difícil para a equipe, apesar do que afirmam. Os profissionais fazem questão de salientar que têm facilidade de lidar com o sofrimento, que é algo esperado na profissão. Porém não falam sobre ela em seu cotidiano, não a problematizam.

digamos que a gente se abala, mas eu acho que não... Não tem um efeito cumulativo assim: "Ah, hoje morreu um, amanhã também morreu mais um..." daí vou me deprimindo em função disso... Não. (16E)

3.2.1. O contato com os familiares sobre a doação

A incerteza surge mais vívida no discurso ao tratar da doação de órgãos de familiares. Poucos foram os profissionais que consideraram anteriormente essa possibilidade, evidenciando que, mesmo trabalhando com a morte, não levariam, para o âmbito pessoal, certos questionamentos. Os profissionais parecem tentar agir de forma mais racional no exercício da profissão, resistindo ao surgimento de questões emocionais aparecesse, ou, no mínimo, se esforçam para que seu sofrimento, seu desconforto passe despercebido pela família do paciente. Seu papel seria, de acordo com as entrevistas, o de suporte, de apoio à família enlutada. Além disso, os profissionais confessam que, caso fossem levados pelo sofrimento cotidiano do trabalho, não poderiam trabalhar com essa problemática. Confirmam o convívio com o sofrimento, que, segundo eles, é elaborado sem chegar a abalá-los emocionalmente.

Nesse caso, evitam considerar a perda (e a doação de órgãos) de um familiar para não se colocar empaticamente no lugar das famílias atendidas. Relatam que só

conseguiriam saber sua reação quanto a doação de órgãos ante tal situação. Esse mesmo posicionamento está presente na pesquisa de Erdogan et al, (2002), onde relatam a dificuldade de os entrevistados se posicionarem a respeito, e que uma resposta definitiva só seria possível vivendo a situação real. Entendem que estar envolvido emocionalmente com o possível doador muda o sentido da experiência, e, por isso, não conseguiriam se dizer doadores de órgãos de familiares. Assim, mesmo que, como profissionais, entendam a morte encefálica como uma espécie de morte, ou como o início do processo de morrer, e torçam pela efetivação do transplante, considerar a doação de órgãos de um familiar parece uma situação totalmente outra. Estaria envolvido acima de tudo o fator emocional em detrimento do conhecimento adquirido pelos anos de profissão. Questões muito mais arraigadas seriam realçadas no momento de luto. Nesse caso, a morte de um familiar tenderia a desestabilizar o conhecimento técnico do profissional, e a fase inicial do processo – o diagnóstico de morte encefálica – passaria a ser desde já seria questionada. Talvez, em se tratando de um familiar, o registro afetivo se sobrepusesse ao conhecimento científico, e certas “certezas” científicas passassem a ser revistas.

Tem gente que acha que o fim da vida é quando que parou o coração, mas a gente entende que não... Que a morte é encefálica e parara... Aquela história toda... Mas quando é um teu que tá ali... Como é que você vê?! Eu não passei por isso,... E acho que é difícil pra eles entenderem isso, acho que talvez a situação mais difícil é você fazer um familiar entender que ali não tem mais ninguém e que ta batendo se fosse numa situação pessoal... Eu não sei como iria reagir... Agora na situação como tá aqui... Tu vê o processo... Eu entend..i perfeitamente [...]... Porque [...] é uma pessoa de fora, não é o seu familiar que tá ali... Ahh... E você entende, né que... ... Mas sempre fica aquela coisinha, sabe, assim ó... Que que eu vou te dizer... Tem aquela linhazinha que você pensa – será que realmente [morto]...?(2E)

Parecer haver a coexistência, nesse sentido, de duas formas de percepção do ocorrido: a visão técnica e a visão pessoal, e por isso, as atitudes da equipe diante de paciente e familiares deveriam ser calculadas, a fim de não expor o constrangimento da equipe diante do assunto e a família a esse choque. O processo de doação de órgãos exigiria um controle sobre-humano da equipe, tanto pelos procedimentos complexos, como pelo discernimento e clareza que deveriam apresentar em relação ao quadro do paciente, e a contenção emotiva diante do sofrimento dos familiares. No entanto, as entrevistas demonstram que: a equipe, por mais superficialmente que entenda o processo, ansiaria pela efetivação do

transplante, e pelo conseqüente salvamento de vidas que aguardam pelos órgãos, na “fila da morte” de acordo com Bendassolli (2000). Isso porque salvar seria o aceito culturalmente como o papel do médico (KOVÁCS, 2003, 2008).

toda categoria médica eu acho tem um pensamento meio bruxo em relação à vida e à morte, né. A gente tem que... Tem que ser forte, tem que ser firme nessas situações de angústia, de estresse, de família chorando no teu ombro, e por mais que a gente se emocione, a gente tem que ser aquele suporte, né... Então tu tem... Tu tem que falar coerente, tu tem que falar a coisa certa, tu não pode te derramar na frente deles, por mais que por dentro tu também esteja muito emocionado, tu não pode demonstrar isso, entendeu? Tu tem que segurar de qualquer forma, né. É muito difícil. Mas dá certo (10E)

O entrevistado evidencia como a equipe deve se portar diante do familiar, e o que deve permear o diálogo com a família. Os profissionais salientam a combinação, dentro da equipe, sobre como tratar o caso e como abordá-lo diante dos familiares, a fim de conceder credibilidade ao processo e aos profissionais. Kovács (2008) salienta a importância da educação em morte para profissionais das áreas de saúde e de educação, atribuindo ao profissional psicólogo seu papel nesse contexto.

aí mais em relação a família, e tu saber como chegar, e tu saber como falar e tal... E pra todo mundo falar na mesma linguagem... Não uma dizer (risos) “Ó, talvez ele volte”. Sabe essa situação? O paciente tá em morte cerebral, já tá em protocolo, daí a colega diz “Não, eu acho que não, de repente ele volta”, entende? (10E)

Esse trecho passa a ideia de que não haveria unidade de pensamento na equipe, sendo necessária a combinação anterior ao contato com a família. Isso atesta a noção de que sustentam uma versão do fato, resultante do não compartilhamento de alguns conceitos dentro da equipe, e não a verdade, expressa pela morte cardiorrespiratória. A fala de um profissional médico em relação à equipe de enfermagem expõe a cisão na equipe. Ele entende que a equipe de enfermagem repassaria idéias errôneas aos familiares sobre os casos, negando essa versão, colocando em xeque seus procedimentos.

há dentro da equipe alguém que tem menos conhecimento do que outro... Da enfermagem... Que às vezes passam alguma informação aos familiares de maneira equivocada, e que pode às vezes atrapalhar um pouquinho... Então haver uma uniformidade em relação a pensamento e a atitude em relação aos familiares... (1M)

O contato entre profissionais e família parece permeado pelo silêncio, pela contenção de informações até que se confirme o diagnóstico. Esse tipo de atitude tem seus prós e contras: a ideia de morte encefálica não seria trazida à família até não ter a certeza; ao mesmo tempo, o clima de segredo poderia dificultar posteriormente o consentimento da doação pela família, em virtude da sensação de ocultação de uma verdade. Dessa forma, a situação seria trazida subliminarmente com a família, até o momento combinado.

se a gente vê que o paciente tá se encaminhando praquele prognóstico, o médico e a enfermagem já começam a dar sinais de que alguma coisa ruim tá acontecendo... E daí então assim ó... Quando ele chega pra visita e o corpo tá ali e tal... E tá respirando, e ele vê que tá respirando, mas que a gente sabe já que tá em morte encefálica, a enfermagem também fala, o médico também fala, fala... Fala suavemente, mas fala, entendeu? E quando... Quando tu combina mesmo, aí é... Joga as cartas na mesa... (10E)

Como salientam Bittencourt, Quintana e Velho (2011), a família já estaria muito sensibilizada e, mesmo diante do empenho da equipe em sanar suas dúvidas, ainda poderia sentir certo desamparo e desconforto diante dos profissionais. Ainda, o silêncio inicial da equipe poderia gerar desconfiança na família, e medo, por exemplo, que a equipe não se empenhasse no cuidado do paciente em função do interesse em seus órgãos.

se o paciente fosse doador nós não teríamos tanto critério pra diagnosticar a morte encefálica... Então as pessoas têm medo que não se ofereça tratamento que esse paciente poderia receber... O que não é verdade... Então uma das grandes... Questionamentos é que eles acham que a gente não... Teria todo empenho se soubesse que o paciente é doador... E às vezes pela própria dor no momento (4M)

Essa ideia também, em certas ocasiões perpassa a consideração do paciente em morte encefálica: alguns entrevistados entendem que a equipe passaria a descuidar do paciente em morte encefálica, porque não teria mais chances de vida. Além disso, estaria ocupando o leito de um paciente possivelmente salvável (KOVÁCS, 2008; MORAES et al, 2011). Assim, a equipe, ao saber do fim inevitável do paciente, desinvestiria dele com intuito de afastar-se da morte, assim como para evitar a realização da captação de órgãos de um paciente em morte.

um paciente que ah já assim tá... Com comparativos clínicos de morte encefálica, se abre protocolo, ahhh depois vai a exame confirmatório, se confirma se está em morte encefálica. Muitas vezes até antes da abordagem da família, antes de se comentar sobre a possibilidade de doação de órgãos ahhh o cuidado com o paciente não é o mesmo: assim

como se sabe que já não tem perspectiva de melhora daquele paciente, muitas vezes, mesmo que não de forma assim exatamente consciente a gente sente que o pessoal vem reduzindo o nível de cuidado (7M)

A série de combinações entre a equipe pode impedir a espontaneidade no processo, a franqueza entre equipe e familiares. Talvez a voz do profissional e sua concepção de morte estejam sendo caladas, pela crença de que seu discurso seja o maior influenciador direto da família ao referir descrença no processo. Entretanto, o silêncio diz muito da situação, e não abre espaço para o estabelecimento de confiança. Da Mesma forma esse silêncio se impõe individualmente impondo calar diante das próprias dúvidas. Não sendo abordado, o assunto segue um tabu (KOVÁCS, 2003, 2008, 2011), um segredo de cada membro do corpo da UTI, guardado de si, de seus colegas e dos familiares, o que afetaria sobremaneira a elaboração e desmistificação do tema.

Esse silêncio em torno da morte impediria a elaboração do assunto em nível pessoal, grupal e social, já que o conjunto humano não abre espaço para discussões do gênero. Os obstáculos podem representar a própria dificuldade da equipe em lidar com esse tema. Assim, as falhas durante o processo e sua não conclusão, a não efetivação da captação, podem ser vistos como resultantes inclusive desse silêncio que permeia o processo. A elaboração de uma situação é resultado de muito trabalho psíquico, o que inclui a palavra, o diálogo; a forma de esclarecer o processo, sanar dúvidas e pendências seria possibilitado, tanto ao familiar como ao profissional, através da conversa, situação em que se assumiria uma posição – que poderia ser inclusive a do não-saber – e argumentaria em favor de suas crenças, mesmo que se chocassem com o discurso médico, e pudessem ser desconstruídas com o tempo e pela ação de outros discursos. Seria o primeiro passo para reencorajar a equipe, desestimulada com os poucos processos de captação, e com os contratempos ao realizá-los, que sublinham a ideia de dificuldade do processo e de fracasso da equipe diante dele.

não sei te dizer assim como é que funciona bem direito isso, sabe... Eu sei que é bem difícil, de tu manter um corpo ali pra captar órgãos na UTI é complicado assim: não pode fazer febre, não pode subir a pressão, não pode baixar demais... Tem que deixar com vasopressor e tem todos os outros pacientes pra ti atender, sabe... Tu tem que ter uma atenção especial naquele ali... É difícil... É bem difícil. Agora... Eu me lembro de um que eu fiz... Que desceu pro bloco no meu turno pra doar órgãos... Só um em todos esses anos... (5E)

3.2.2. O atestado de óbito

“Quando acontece a morte?” também se pergunta Kovács (2008). A fala do entrevistado traz muito claro o paradoxo vivido pela equipe diante de um paciente em morte encefálica, potencial doador, que não doará: depois de realizado o protocolo de morte encefálica e confirmado o diagnóstico em sua etapa final, a família é contatada. Se ela aceitar doar, o paciente em morte encefálica é considerado potencial doador. Exames de saúde serão realizados para saber da real chance de ser um doador. Nesse caso, em que a família aceita a morte encefálica e decide que ele será um doador, a hora do óbito é quando o exame de imagem é confirmado.

quando o paciente vai pra doação, a hora que vai no atestado de óbito é a hora que foi confirmado a morte cerebral pelo exame [...] de angiografia cerebral. Quando o paciente não vai pra doação [...] se for num plantão meu [...] vou botar a hora que o coração parou de bater... [...] Quando é pra doação a gente bota a hora que foi constatado o óbito no exame radiológico. (12M)

Ao contrário, se a família não consente a doação, o paciente em morte encefálica segue em ventilação, muitas vezes alimentado, e com medidas de suporte ventilatório até a parada cardiorrespiratória, quando é assinado seu atestado de óbito. Essa prática é contraditória porque, ao mesmo tempo em que a morte encefálica pode ser morte para captar os órgãos, deixa de ser morte caso os familiares não a aceitem, vindo a acontecer quando da parada cardiorrespiratória.

A academia insiste no sinônimo diagnóstico de morte encefálica = morte, mas a ideia preponderante socioculturalmente ainda continuaria sendo a parada cardiorrespiratória, como também sugere Kovács (2008). Nesse caso, o atestado de óbito estaria vinculado ao “diagnóstico familiar”, ou seja, se a família aceitar o diagnóstico de morte encefálica, o paciente estará morto. Caso não aceite, o paciente em morte encefálica será mantido como vivo pela equipe. Alguns médicos e enfermeiros, apesar de não compartilhar a ideia de manutenção das medidas após o diagnóstico de morte encefálica, entendem que não valeria a exposição a um processo judicial por causa de horas, o tempo necessário para a cessação de todas as funções vitais do paciente em morte encefálica. Nesse caso, eles preferem deixar

as medidas de suporte até que o corpo pare por completo. Seria um paciente “irremediavelmente” terminal a ocupar o leito de alguém potencialmente salvável, ou seja, a manutenção de um paciente em morte encefálica não doador em seu leito que poderia ser utilizado em prol da vida, de alguém em condições de recobrar a saúde ou de talvez doar seus órgãos. Esse é um dilema vivido pelo restante da equipe que discorda da manutenção do paciente em morte encefálica na unidade de terapia intensiva, mas, mesmo assim – em consenso com a ideia de que é preferível evitar um processo judicial – o manteria.

eu não posso me dar ao luxo de ficar com esse leito, com esse tipo de paciente... Que não vai pra doação e que não morre... E eu ficar ventilando o paciente até que o coração dele pare (15M)

O depoimento mostra que o paciente em morte encefálica não doador passa a ser uma incógnita para a equipe, bem como sua manutenção. Mesmo que alguns profissionais sejam favoráveis a retirá-lo da unidade, como também mostra o trabalho de Moraes et al (2011), não há mostras de que isso efetivamente aconteça.

3.2.3. A manutenção do não doador

A consideração da vida na morte encefálica pode ser notada no trecho a seguir retirado de uma entrevista com um profissional enfermeiro, que relata o cuidado dispensado ao paciente em morte encefálica.

a gente continua tratando como os outros pacientes. Claro que a gente sabe que ele **não vai melhorar**, mas a gente não abandona o paciente. Ele segue tendo todas as medidas de higiene e **conforto**, ne. Ah... Dor **talvez** ele não sinta mais mesmo, mas ainda se ele tiver analgésico prescrito a gente vai fazer, a gente vai fazer toda a medicação que tiver prescrita, a gente vai mudar de decúbito assim como a gente muda os outros pacientes pra não fazer lesão de pele, sempre **vai ter todos os outros cuidados que os outros têm** [grifos nossos] (5E)

Sua fala salienta a irreversibilidade da morte a partir do diagnóstico de morte encefálica. No entanto, vacila ao considerar que o paciente estaria insensível à dor, até mesmo porque considera prestar medidas de conforto. A prática seria seguir administrando medicação, analgésico, dieta,... Indiscriminadamente, como a um

outro paciente. Essa questão é trazida sem discussão, e parece indiscutível. Mesmo não sendo doador, seria tratado como se estivesse vivo. Apesar de não estar expresso no discurso, o cuidado prestado pela equipe revela que o considerariam vivo.

com o paciente em morte encefálica e dentro da UTI, onde tu não faz nada, a não ser controlar sinais vitais, realizar cuidados de higiene e conforto... Higiene, porque conforto também, né... Conforto entre aspas (risos), né, porque aquele paciente não tá mais sentindo nada (6E)

Mas o desconforto de continuar tratando um paciente em morte encefálica dentro da UTI, levaria a equipe a acabar desinvestindo dele, abandonando-o. Ficar com alguém em morte encefálica na UTI seria pior que mantê-lo em condições para doação. Nesse caso a equipe se sente de mãos realmente atadas diante do caso e sustenta que nem mesmo os cuidados de conforto são úteis.

acaba não acontecendo a doação...[...] É bem pior ainda, porque daí tu fica com aquele [...] corpo ali, [...] só aguardando assim o tempo... Pro coração parar [...] praticamente toda a equipe acaba abandonando entre aspas, [...] não tem mais o que fazer com aquele corpo, [...] ele só tá tirando lugar de outra pessoa aqui dentro (6E)

De acordo com os profissionais a retirada da unidade de terapia intensiva não ocorreria em função da pouca abrangência do conceito de morte encefálica, e sua retirada da UTI ser então mal vista:

O primeiro paciente que eu vi que retiraram o respirador, eles retiraram do respirador e o cara começou a tremer, o que era tudo reflexo medular... Então eu acho que esse é um dos grandes que os neurologistas têm as vezes pra mandar o paciente morte cerebral pro quarto. Porque se o paciente tá com a família e começa a fazer isso vai dar um problema grande (12M)

Nesse caso, como afirmam os entrevistados, a morte encefálica passa a ser algo subjetivo. Diferentemente da morte cardíaca, que é evidente, salta aos olhos, é clara e certa demais para ser negada.

a data do óbito é a data em que é constatada a morte encefálica, né. Não é a data do óbito em que foram retirados os órgãos, e que o paciente parou de respirar, parou de, né... O coração parou de bater. Então é uma coisa bem subjetiva assim, né (5E)

Dentre os profissionais, a manutenção de dieta, de hidratação e de analgesia também é um ponto de divergências: há quem sustente que o paciente em morte

encefálica deveria ser mantido como qualquer outro paciente, inclusive com dieta, hidratação, ventilador mecânico e analgésicos. Na pesquisa de Moraes et al (2011) também surge essa divergência com o que indica a resolução 1826/2007 do CFM (retirada dos suportes terapêuticos assim que diagnosticada a morte encefálica).

se o paciente está morto em morte encefálica, tu mantém o suporte respiratório, o suporte hemodinâmico, o suporte antibiótico, a alimentação, né, tu tenta manter o paciente v... Vivo, a menos que seja um quadro irreversível... (8M)

Outros entendem que os aparelhos devem ser mantidos até a parada do coração, enfatizando o desamparo legal para sua retirada:

A partir do momento que ele tá clinicamente morto, mas assim não existe respaldo legal pra, por exemplo, suspender suporte desses pacientes; a gente não tem respaldo legal pra retirar ventilação mecânica (7M)

Ou:

Não há amparo legal pra isso. Porque há uma diferença entre tuuu... Deixar morrer e tu causar a morte. Se eu tirar o o ventilador, ele vai mo... Eu ah... Eu praticamente causei a morte dele. Agora, é diferente eu deixar a doença seguir seu curso natural (8M)

Os profissionais parecem crer, nesse sentido, que a retirada do respirador acarretaria a morte do paciente, fazendo referência à eutanásia. Parecem, nesse sentido, considerar vivo o paciente em morte encefálica. Essa forma de ver a situação impediria a própria captação dos órgãos. Porém, não haveria, como se sabe, forma de causar a morte de quem já morreu.

Aqui no Brasil a gente não tem esse amparo pra fazer esse tipo de coisa: não se coloca mais nada, mas se eu tirar o que eu coloquei, eu to... Agindo ah... Ativamente como uma e... Fazendo uma eutanásia no meu paciente... Né, eu to provocando a morte dele. Não to deixando o curso natural dos fatos... Claro que é redundante, né... É só o tempo em que ele vai evoluir pra óbito (8M)

Ainda, há o entendimento de que se deve seguir a resolução, sendo retirado o respirador logo após o diagnóstico de morte encefálica se o paciente é não doador. Abaixo, apresenta-se um fragmento do documento do CFM:

Art. 1º É legal e ética a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando determinada a morte encefálica em não-doador de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, nos termos do disposto na Resolução CFM nº 1.480, de 21 de agosto de 1997, na forma da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.

§ 1º O cumprimento da decisão mencionada no caput deve ser precedida de comunicação e esclarecimento sobre a morte encefálica aos familiares do paciente ou seu representante legal, fundamentada e registrada no prontuário.

§ 2º Cabe ao médico assistente ou seu substituto o cumprimento do caput deste artigo e seu parágrafo 1º.

Art. 2º A data e hora registradas na Declaração de Óbito serão as mesmas da determinação de morte encefálica. (CFM, 2007)

Como salienta o profissional médico, há respaldo para a retirada das medidas de suporte do paciente em morte encefálica caso não vá doar seus órgãos:

Se a gente... Ah diagnostica como morte encefálica, a gente tem amparo de desligar... De desligar os aparelhos... (3M)

Ou:

a gente sabe que na legislação, no momento que tu tem o exame de imagem tu pode chegar e desligar o ventilador mecânico, né... Mas aqui ainda não se faz... (16E)

Apesar de praticamente todos os profissionais saberem conceitualmente o que caracteriza a morte encefálica, alguns parecem ainda não ter assimilado a noção. Além disso, não conseguem explicar com sucesso para a família do paciente o que está se passando com ele. A comunicação entre profissional e família depende da segurança do profissional ao relatar o que acontece e qual a situação do paciente sendo claro. Ainda, devem ter trabalhada a capacidade de comunicar más notícias (KNIHS; SCHIRMER; ROZA, 2011). Rodriguez-Villar et al (2009) consideram que, mesmo na Espanha, país com o maior índice de doações do mundo, algumas equipes multiprofissionais podem ser obstáculo para a doação por considerá-la prejudicial aos familiares.

Parece que às vezes tentam facilitar a explicação e acabam se contradizendo: no caso a seguir, o profissional explica que a morte encefálica é igual à morte clínica, mas em seguida atesta que o óbito não fora ainda constatado em função dos batimentos cardíacos. Assim, ele cai em contradição e acaba considerando e explicando ao familiar que a morte mesmo vai se dar com a parada cardiorrespiratória. Seu engano parece apontar para a existência de uma noção latente, de crença na morte cardiorrespiratória. (Nesse caso, o familiar deve ter

entendido que realmente fez a melhor escolha que poderia ter feito: deixá-lo morrer com todos os seus órgãos).

a gente fala é o seguinte: “o coração dele tá batendo, porque ele tá no aparelho... Ele não tem vida nenhuma... Ele tá com morte cerebral... Isso é considerado óbito. A gente só não constatou o óbito dele porque o coração ainda tá batendo. A partir do momento que o coração parou de bater, a gente desliga tudo” (12M)

Além disso, tais equívocos da equipe só dificultariam o entendimento de leigos sobre o processo de doação de órgãos, já que, pela lógica exposta pelo médico, não haveria motivo para terem pedido o consentimento da doação de órgãos, pois ainda não estava atestado o óbito. De acordo com a equipe, o desligamento dos aparelhos não aconteceria devido à cultura, que impediria uma atitude mais pragmática diante da morte encefálica. Também, em função do desconhecimento jurídico dos profissionais acerca das garantias com relação à retirada de medidas de suporte do paciente em morte encefálica não doador. E ainda, como existiria a desconfiança dos profissionais da saúde no sistema judiciário: mesmo os que conhecem as resoluções do CFM reguladoras do processo de retirada da manutenção do não doador, admitem descrença na Justiça e receiam que possam ser processados pela família em função do desligamento dos aparelhos.

não existe uma cultura pra isso ainda. Essa coisa de desligar os aparelhos não faz parte do nosso script brasileiro, né, latino de ser... Diferente do que é no resto do mundo que são... As pessoas são mais pragmáticas quanto às questões relacionadas à morte, né... É... Segundo, eu acho que não existe um conhecimento dessa parte jurídica por parte dos médicos, a maioria... Tem muita gente que não sabe. Quando eu falo isso, as pessoas se assustam que não sabiam que isso era assim que era pra ser feito. E, terceiro, tem a falta de confiança que a gente tem no sistema judiciário (15M)

Isso denota a ambivalência dos profissionais médicos e enfermeiros diante de um paciente em morte encefálica não doador, e a carência de uniformização no processo, o que garantiria mais segurança do profissional ao atuar. Como revela o depoimento abaixo, a família aceitaria melhor os procedimentos quando credita o profissional, este também trabalharia melhor livre de ameaças.

se a família tem confiança em ti, se tu consegue passar pra família aquilo na realidade assim... Bah facilita um monte teu trabalho nas tuas decisões... Porque são questões que tu... Na verdade tu traz a família pro teu lado e eles... E a família te ajuda, né... Então aí abre nas suas decisões, nas coisas... Tipo a gente às vezes define por parar de investir num paciente porque aquele paciente não tem mais o que ser feito... A partir daquele momento, tá... Não eu tô decretando a morte, a doença tá decretando a

morte, mas eu tô aceitando que aquele paciente vai morrer... Se tu tem uma família que tá do teu lado, fica mais fácil de tu tomar essa decisão (3M)

Nesse sentido, caso o profissional médico encontre segurança na família, sente-se mais habilitado a tomar a iniciativa correta diante do paciente em morte encefálica, que seria o desligamento total das medidas terapêuticas. Ainda considerando a manutenção do paciente em morte encefálica não doador na UTI, profissionais favoráveis à doação, que acreditam na morte encefálica, e conhecem a legislação, consideram que o paciente deve ser mantido na unidade pela ideia de que a família não estaria preparada para lidar com esse conceito.

O estudo de Moraes et al (2011) traz que a manutenção do suporte terapêutico só serviria para, ao contrário, comprometer emocionalmente a família por mais tempo e confundir os profissionais multidisciplinares quanto ao diagnóstico de morte encefálica. Os profissionais entrevistados afirmam a preferência em não desligar os aparelhos para não entrar em choque com a família: “o médico teria todo o respaldo legal pra retirar a ventilação... Eu acredito mais em respeito a família” (17E).

Outro motivo para o não desligamento dos aparelhos seria o acolhimento da família nesse momento de luto:

esse período seria de deixar, que essas família *tão* sofrendo, então muito não se fizesse isso... Digamos...Digamos... Que é uma desculpa esfarrapada da nossa cultura latina de... Abraçar um pouquinho mais, de botar essa família no colo... de dar um abraço nessa família e dizer assim “tá bom... Curtam a dor de vocês mais um pouquinho. A gente espera...”. Mesmo sabendo que tem uns quantos esperando aquela... Aquela vaga... (14M)

Os profissionais afirmam que a negativa da família acontece em virtude da falta de entendimento que o familiar estaria de fato morto. Nesse sentido, os familiares também não entenderiam o desligamento do respirador no caso de não doar seus órgãos.

Eles já não doam porque eles não acreditam que o paciente tá morto, entendeu... E aí se tu... Se tu... Simplesmente suspende tudo, eles acham que quem matou o paciente foi tu (4M)

Ainda, os entrevistados salientam a crença dos familiares de que médicos apressariam a morte do paciente caso soubessem que se tratava de um doador. De

acordo com Kind (2009) essa noção já acompanha as discussões sobre a morte encefálica desde seus primórdios. Os profissionais receiam de problemas jurídicos inclusive, e por isso, evitariam a retirada dos aparelhos:

As medidas até são suspensas, mas a ventilação a gente não... A gente não... Não desliga o ventilador... Porque existe lei, existe respaldo jurídico pra isso, mas não é aquela coisa que tá bem consolidada... Daí tu pensa assim: “eu vou me incomodar...?” (4M)

Diante dessa problemática frente à manutenção do paciente em morte encefálica não doador, surge a resistência de lidar com a morte, que fica evidente quando os profissionais entendem que o paciente em morte encefálica não doador deve sair da unidade para um local afastado de todos, enfim, privativo: “poderia ser colocado [...] num quarto, claro que o quarto teria que ser um quarto privativo e tal” (6E). Até o “óbito final” seria melhor que esse paciente ficasse por lá, longe da equipe, que indica preferir distância da morte: “o ideal é assim: tá morto, não vai doar, zzum... Voa da nossa frente! Por favor!” (16E). O depoimento mostra o sentimento de impotência do profissional ante a morte e a necessidade de afastá-lo (juntamente com a morte) de seu campo de ação e visão, ideia sustentada também por Bellato e Carvalho (2005). Segundo estudos como o de Bendassolli (1998) e de Kovács (2003), a morte seria tratada, mesmo dentro da instituição hospitalar, como um tabu. E por isso seria necessário estar preparado para lidar com ela. Knihš, Schirmer e Roza (2011), assim como Quintana e Arpini (2009), sustentam a ideia de que é preciso que a equipe esteja preparada para lidar com questões de morte e empreender a comunicação de más notícias.

A morte daí então tu tem que trabalhar bastante, né, pra que a tua cabeça, a cabeça da família, digamos assim, da equipe, né, a questão da... Desse desfecho, né, que é muito... Frequente aqui, né (6E)

A morte, como situação de impacto emocional, deveria ser elaborada como forma de evitar sofrimento psíquico. Contudo, aqui não ficaria clara a existência desse trabalho, dessa elaboração.

Mas assim a gente recebe geralmente um tipo de paciente aqui que já tá num num estágio tão avançado, com uma série de complicações, né, que, tu acaba assim até achando... Eu pelo menos muitas vezes acho que digamos assim é o melhor desfecho, né, é assim... Que dificilmente aquele... Aquela pessoa teria uma outra possibilidade, né... Tem pacientes muito muito graves... Então é como eu te digo. Geralmente tu já sabe qual é aquele paciente que vai evoluir, né... E claro que daí existe aquele outro, né, outro tipo também que fica tempos e tempos e tempos aqui, que tu investe

tudo e que tem aqueles altos e baixos, que às vezes tu acha que... Que a pessoa não vai conseguir, né, ah... Sair daquela situação, e acaba saindo, acaba... Conseguindo, né,... E às vezes mais atrás tem um outro tropeço e tu acaba perdendo... Então, nesse caso, tu... É muito difícil tu aceitar essa perda né... Porque na realidade assim tu investe, investe, investe, tu acredita, né, que aquela pessoa possa se... Se recuperar... E não... Às vezes ela dá sinais de recuperação, e quanto tu menos espera... Há um quadro de piora, e daí assim é muito difícil, muito difícil mesmo, né (6E)

Essa citação, ainda que extensa, é muito ilustrativa pois evidencia a dificuldade de o entrevistado nomear a morte. Pode-se observar que em toda a extensão da fala, cada vez que ia se referir à morte do paciente a frase fica incompleta. Por vezes, quando dá sequência à sentença refere uma piora, ou uma perda, mas a morte nunca é nomeada. Além disso, o depoimento traz a ideia de que mesmo para o profissional, a morte do paciente é uma perda, é um fracasso, ideia também ressaltada por Kovács (2011) e Lima e Buys (2008). Nesse caso, mostra a dificuldade de aceitar o diagnóstico de morte mesmo que de um paciente, afinal o profissional estaria envolvido de alguma forma com a manutenção daquela vida.

Diferentemente do papel do médico, a incumbência da equipe de enfermagem seria, de acordo com seus depoimentos, cuidar do corpo até a entrega para a família. No caso do paciente em morte encefálica, cuidariam, virariam de decúbito, mesmo com a suspensão das medidas terapêuticas. Por isso uma das visões dos profissionais é de que o paciente em morte encefálica seria tratado da mesma forma que qualquer outro paciente. Desmembra-se tal ideia em duas:

- primeiro, a enfermagem de qualquer forma, cuidaria do paciente, estando morto ou vivo, pois seria seu dever entregá-lo à família no mesmo estado que entrou. No entanto isso não condiciona o profissional enfermeiro a entender como sinônimos morte encefálica, morte cardiorrespiratória e morte.

- segundo, a consideração “como qualquer paciente” parece ser devido a concepção de que um paciente em morte encefálica esteja em processo de morte, isso não significando que esteja morto de fato. Nesse sentido, parece que a equipe renega a ideia de morte, sabendo que estaria morto, mas que talvez pudesse voltar.

A família define não doar, mas os cuidados de enfermagem vão até a última batida do coração [...] vão até o preparo do corpo [...] Independente de tá morto ou não a enfermagem sempre cuida... Sempre tem que cuidar, porque tu tem que manter aquele corpo íntegro. [...] A nossa obrigação, embora ele esteja morto, é manter o corpo íntegro para família. Como ele entrou, ele vai ter que sair (17E)

O trecho abaixo é elucidativo da consideração de um profissional enfermeiro, que entende o processo, conhece a legislação, foi doador de órgãos de um familiar, mas ainda assim não parece fazer distinção entre um vivo e um paciente em morte encefálica, e enfatiza que a retirada do respirador não é costume na unidade. Ele mostra que é preferível não pensar. Apenas seguir fazendo como se faz, não mostrando intenção de considerar “o que tem por trás”. Esse tipo de atitude também é trazido no estudo de Moraes et al (2011).

Então a gente continua dando banho, a gente continua virando, a gente continua fazendo a mesma coisa como se fosse um outro qualquer, entende... A gente não consegue fazer essa distinção “Mas esse aí tá morto, tu não precisa fazer mais nada por ele”... Não, a gente não consegue ter essa mentalidade... A gente fica ele ali cuidando daquele corpo sem, sabe, ver tudo que tem por trás... Porque a gente sabe que na legislação, no momento que tu tem o exame de imagem tu pode chegar e desligar o ventilador mecânico, né... Mas aqui ainda não se faz... (16E)

A renegação parece evidente quando salienta que legalmente o paciente em morte encefálica estaria morto, que haveria todo embasamento legal para retirar as medidas de suporte, o que não é feito na prática. Entende que a equipe deixa de ver o que teria por trás, que seria o embasamento teórico da morte encefálica e age de acordo com o que vê: um paciente terminal. O conceito de morte encefálica seria uma ideia facilmente renegada porque o corpo do qual cuidam ainda pulsa, ainda não traz em si nenhum sinal que se aproxime de uma representação social de morte.

A equipe sustenta que o contato prévio com a problemática poderia ser um facilitador para a família, se viesse a passar por uma situação dessas. O consentimento seria facilitado se a família tomasse contato anteriormente com a temática, já elaborando a situação antes que pudesse acontecer. Ou que, durante a hospitalização, essa dessensibilização fosse acontecendo para facilitar a possibilidade de consentimento de doação dos órgãos do familiar.

Diferentemente disso, há profissionais que acreditam que a ideia de doação de órgãos deve ser veiculada na mídia e que o assunto deve ser conversado em família a fim de que amadureça. Essa mesma posição é defendida no trabalho de Bittencourt, Quintana e Velho (2011). Quando questionados em relação à doação de órgãos de familiares, titubeiam e geral dizem só será possível responder essa questão em passando por essa situação (ERDOGAN et al, 2002). Entendem que sua concepção hoje é uma, mas que de acordo com o envolvimento emocional na

situação, e de acordo como desenrolar do processo, sua opinião seria diferente. Nesse sentido, parece que não há modo de antecipar o luto.

De acordo com Shabanzadeh et al (2009), mesmo entre os enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva, o processo parece racionalmente entendido, mas a decisão estaria perpassada por questões emocionais, afetivas. Essas inevitavelmente vêm permeadas de fantasia, desejos, crenças, e, entre elas, a da ocorrência de um milagre.

Eles não doam porque acham que ele não tá morto. Eles acham que existe uma reversão, enquanto o coração bate, pode haver um milagre, pode retornar. Tem pessoas que acreditam que Deus vai operar um milagre, que a situação vai... Não entendem que está morto, eles acham que tá em coma, que pode voltar a ter vida (4M)

Isso implica que, muito mais do que uma atitude racional diante da doação de órgãos, se tenha assimilado emocionalmente essa ideia, tanto por leigos, como por profissionais da saúde. Parece que depende desses últimos o início da problematização do conceito de morte a fim de se mobilizar o público leigo para a discussão do tema.

3.3. A confiança no processo

A doação de órgãos é um processo que envolve intimamente tanto a confiança no diagnóstico de morte encefálica e a concepção que se tem sobre o processo, como a credibilidade depositada no sistema nacional de transplantes. Como mostra o estudo de Erdogan et al (2002), mesmo depois de várias décadas de prática da transplantologia no mundo, os próprios médicos ainda desconfiavam do sistema de transplantes. Em se considerando a doação de órgãos no âmbito familiar, a situação se acirra, em função da difícil assimilação da perda e de toda a instabilidade gerada pelo luto, e incertezas quanto ao diagnóstico de morte.

O momento é de extrema dor para a família, principalmente quando a morte é inesperada, brusca, envolvendo pessoas jovens e sadias, por impor uma quebra à noção de ciclo vital (BITTENCOURT; QUINTANA; VELHO, 2011). Segundo Kovács

(2008), o tipo de morte poderia interferir inclusive no consentimento ou não da doação pelos familiares. Casos envolvendo morte encefálica parecem ser os mais traumáticos para a família por envolver vez ou outra pessoas saudáveis vítimas de algum trauma (acidente de trânsito, acidente vascular cerebral).

Como a morte encefálica apresenta sinais discretos, leigos poderiam acreditar que o familiar ainda vive porque mantém batimentos cardíacos e temperatura. Sendo assim, o luto de um paciente em morte encefálica seria diferente, já que o diagnóstico de morte encefálica anteciparia a ocorrência da morte, mesmo que seus sinais sejam tênues. Bittencourt, Quintana e Velho (2011) consideram que esse tipo de morte acarretaria um luto mais demorado para a família, por sua ocorrência inesperada e por descrever do diagnóstico de morte encefálica em função dos batimentos cardíacos. Essa situação demandaria mais diálogo entre equipe e família.

Além disso, dificultaria o processo devido à lenta elaboração do luto dos familiares. No entanto, não é o que salientam Fox e Swazey apud Lopes (2009), considerando que a morte súbita pode possibilitar a doação, em face da necessidade de redenção da família. Nesse caso, a doação seria mostra da generosidade daquele que morreu, e do que seus órgãos poderiam realizar se ainda vivesse (RODRIGUEZ-VILLAR et al, 2009). Mesmo assim, se considera a dor do luto e a dificuldade de absorção da ideia da morte pelos familiares: “Tu sabe que pra família aceitar tudo isso é difícil, então tem que ter muita conversa” (6E)

Como comentado anteriormente, o contato para abordagem da doação de órgãos é feito pela comissão encarregada pela busca de consentimento dos familiares para a doação. No entanto, o diálogo não deveria depender apenas desse comitê, mas também do contato maior entre residente/médico assistente e família. Esse contato mais estreito com a família estaria sendo realizado pela equipe de enfermagem.

Durante algum tempo nós tivemos uma psicóloga trabalhando aqui na UTI justamente para trabalhar junto com os familiares, não apenas dos pacientes potenciais doadores de órgãos, mas com os demais pacientes que ficam internados aqui.... Então, existiu uma psicóloga que trabalhou durante algum tempo aqui com essa... Com essa parte aqui dentro da UTI e que o papel dela era normalmente de esclarecimento, identificar essas... Esses conflitos e tentar resolver muitas vezes... Para que pudesse se desencadear esse processo todo. Hoje esse papel quem faz normalmente é o pessoal da enfermagem, enfermagem que tem treinamento (1M)

O papel de esclarecer estaria sendo desempenhado por enfermeiros. Além disso, a fala indica que, no entender da equipe, o papel do psicólogo é só o de esclarecimento. Talvez por isso não haja psicólogo na equipe de UTI: a equipe buscaria que o psicólogo esclarecesse a situação, apaziguasse o sujeito. Nem sempre é o papel do psicólogo diante do paciente.,

Além disso, parece que o contato da equipe com a família depende de seu grau de discernimento do assunto. Ou seja, a equipe estaria distante e pouco franca com a família em razão de dispor de muitas dúvidas e ressalvas quanto ao processo. Isso foi encontrado também no estudo de Bittencourt, Quintana e Velho (2011) e se relaciona com a importância da formação dos profissionais de saúde com ênfase no diálogo e na abordagem ao familiar. A melhora na formação dos profissionais é também defendida por Bifulco e Lochida (2009).

Eu acho que falta mais é... Apesar de assim, do... De o residente conversar bastante com a família, acho que ainda falta ainda... Bastante esclarecimento, né... Por parte nossa também da enfermagem também... Acho que falta um pouco de... Né... Falta diálogo, né... Falta diálogo com a família (6E)

O estudo de Shabanzadeh et al (2009) refere que as taxas de doação poderiam inclusive ser maiores caso houvesse mais conhecimento do processo pela equipe de enfermeiros envolvidos. De acordo com Rodriguez-Villar et al (2009), em relação à doação de tecidos, médicos mostram níveis mais altos de conhecimento do que enfermeiros e técnicos de saúde. É o que salienta o profissional, indicando que o mal-entendido sobre o processo pode sair de dentro da unidade:

Dentro da equipe alguém que tem menos conhecimento do que outro... Da enfermagem... Que às vezes passam alguma informação aos familiares de maneira equivocada, e que pode às vezes atrapalhar um pouquinho... (1M)

Shabanzadeh et al (2009) apontam que 57% dos enfermeiros teria informação suficiente sobre a definição de morte encefálica, enquanto 43% não disporia desse conhecimento. Nesta pesquisa parece que os profissionais como um todo conhecem o processo em sua maioria, porém ainda relacionariam o fim da vida com a parada cardiorrespiratória, sendo a morte encefálica apenas o início do processo de morrer. Eles entendem o diagnóstico de morte encefálica, mas não o relacionariam com a ideia de morte acabada. Por mais que tenham vivenciado o processo algumas vezes, ainda têm fantasias de que entre a interrupção das funções do encéfalo e a

parada cardíaca possa haver algo de reversível... Tanto é que muitos executam o processo, mas não permitiriam a captação de órgãos no caso de ocorrer com filhos seus. Dessa forma, parece que o processo é racionalmente entendido pelas pessoas no exercício de sua profissão, mas o consentimento das mesmas pessoas, porém no papel de familiares do doador perpassaria questões emocionais, afetivas, permeadas de fantasia, desejos, crenças, inclusive a espera por um milagre.

Essa noção também é trabalhada por Bittencourt, Quintana e Velho (2011) e por Shabanzadeh et al (2009). Nesse caso, a morte encefálica não sendo um conceito assimilado totalmente nem para a equipe, não o seria também para a família do paciente. Ao se tratar de um familiar do profissional, a assimilação da ideia tornar-se-ia mais difícil. Nesse sentido, a equipe deveria estar bem preparada para manter o discurso em prol da doação, como apontam Erdogan et al (2002): informações mais acuradas deveriam chegar aos médicos, já que esses profissionais guiariam as atitudes da população em geral. Entende-se que a equipe como um todo formaria opinião, já que na rotina hospitalar muitas vezes o convívio se dá mais entre equipe de enfermagem e familiares. Caso haja falhas no entendimento do profissional sobre a temática, certamente o será repassado para leigos. No entanto, não bastaria estar bem formado, ou informado; seria necessário acreditar no processo a fim de contribuir com ele. Isso é salientado no trecho abaixo:

Pra família ter essa... Essa... Credibilidade nisso também... Tem que... Todos os profissionais tem que ter... Essa certeza assim... Essa... Essa postura... De que tu realmente não tem dúvidas, né, sobre... Sobre a questão... (6E)

Apesar de não ser um processo totalmente aceito na equipe, as entrevistas revelam seu desejo no aumento do número de doadores, e sugerem formas de tornar possível esse incremento. Uma das maneiras de conseguir aumentar esse índice, eles crêem, seria em relação a forma de abordagem da família enlutada quanto ao pedido de consentimento da doação de órgãos de familiares. No entanto, Shabanzadeh et al (2009) citam trabalhos que mostram atitudes divergentes de profissionais diante do assunto doação de órgãos e tecidos, deixando à mostra suas dúvidas que inevitavelmente podem interferir na atitude dos familiares: “as pessoas quando conversarem tem que ser firmes, né, e ter convicção (risos) do que é que tão passando pra família” (6E).

A questão que se coloca à equipe é quem deveria conduzir o diálogo com a família sobre a possibilidade de doação de órgãos. Alguns profissionais da equipe sustentam que a abordagem da família deveria ser feita pelos próprios profissionais da UTI. Eles consideram que o tempo da relação estabelecida entre profissionais e família interferiria em sua qualidade, e na confiança depositada na equipe. Os profissionais entendem, assim, que o vínculo entre família e equipe já estaria estabelecido em razão dos cuidados prestados ao paciente por ela durante a hospitalização. Dessa forma, os familiares creditariam mais confiança a uma equipe já conhecida do que a uma equipe recém apresentada, sem nenhum vínculo pré-estabelecido. Essa segunda situação é a indicada pelo Sistema Nacional de Transplantes: a partir do diagnóstico de morte encefálica uma nova equipe para conversar com a família, e buscar seu consentimento quanto à doação.

Sque, Long e Payne (2009) consideram que a percepção da família acerca do cuidado prestado pela equipe ao familiar hospitalizado seria um dos fatores influenciadores na decisão favorável ou não quanto à doação de órgãos. Saliencia-se a importância do papel da equipe ante a família e a importância de sua avaliação diante do trabalho prestado no hospital. Isso sem considerar o valor do pedido feito pela equipe: aceitar doar um órgão pode ser, para a família, algo muito caro, afinal representa o contato que se tem com aquele ente. Nesse sentido, parece mais fácil a concessão dos órgãos quando já há uma relação constituída e de confiança.

Relação ela é construída, né... Ela não é apresentada e aceita de imediato... E é por isso que eu falo da importância de ter alguém que seja o acompanhante horizontal do caso... Tu tenha... Não vertical: "hoje sou eu que to aqui". Tem que ter alguém que seja referência pra família... De confiança... Quando essa pessoa existe não tem problema... O problema surge quando não tem a referência, o problema surge quando se suspeita que alguma coisa às vezes fora do começo, foi mal com atendimento do paciente (15M)

Conforme essa forma de pensar, os profissionais da UTI defendem a existência do que chamam de "acompanhante horizontal": um profissional acompanhante do caso desde a hospitalização do paciente, completamente informado e ciente do andamento de seus exames. Seria alguém em quem a família confiaria para tratar, inclusive, sobre a dúvida entre doar ou não os órgãos de seu familiar. Há quem considere que o profissional responsável pelo processo de transplante deveria possuir alguns atributos: Knih, Schirmer e Roza (2011) salientam características importantes ao profissional que trabalha com o processo

de transplante. Além de conhecer, fisiologia, anatomia, leis, bioética, o profissional ainda precisaria de habilidade para manter o potencial doador e um toque especial no cuidado à família enlutada. Questiona-se a exigência dessa condição a cada profissional. Como esperar que todos os profissionais tenham todos tais atributos? Essa condição “ideal” seria possível em se considerando uma equipe, multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, e psicólogos, dentre os demais profissionais envolvidos. Sque, Long e Payne (2009), em um estudo longitudinal com famílias doadoras e não doadoras, puderam perceber, com o passar do tempo, o aumento da dor de familiares que não tinham clareza sobre o diagnóstico de morte encefálica e foram doadoras. A situação de perda choca a família de tal maneira que não atinariam em fazer perguntas à equipe durante o processo de decisão. Como indicam Bittencourt, Quintana e Velho (2011), a situação traumática de perda, e em geral as mortes bruscas que envolvem o diagnóstico de morte encefálica, comprometeriam a percepção dos familiares. Sque, Long e Payne (2009) comentam que, dada a situação de desorientação e desamparo, as famílias fazem referência ao tempo insuficiente com a equipe e a insatisfação com a forma de aproximação e de discussão do processo, e salientam a responsabilidade dos profissionais em melhorar esse quesito. Em contrapartida, Bittencourt, Quintana e Velho (2011) salientam que em algumas situações, o esforço da equipe não é considerado pela família, justamente pelo desamparo ocasionado pela perda. Apesar de estudos como o de Sque, Long e Payne (2009) salientarem a importância dos requisitos dos profissionais e para as necessidades emocionais das famílias, em poucos trabalhos surgem psicólogos como componentes de equipes envolvidas com o processo de transplante. Seria resultado da carência desses profissionais no âmbito dos transplantes ou do déficit de estudos contemplando a formação das equipes?

Nesta pesquisa, alguns profissionais consideram que a carência de diálogo entre equipe e família seria um dos fatores responsáveis pelo baixo número de doações. Segundo eles, a situação de baixo índice de doações também seria exacerbada pela falta de diálogo prévio sobre o assunto entre as famílias em seus lares.

Todavia, considerar a necessidade do acompanhamento da família por um “profissional horizontal” não seria unanimidade. Outros profissionais, envolvendo tanto médicos e enfermeiros, entendem que o processo deve continuar como

estabelecido pelo Sistema Nacional de Transplantes. Ou seja, que a abordagem da família para o consentimento da doação de órgãos de familiares deveria ser feita por uma nova equipe. Sustentam essa posição em função de acreditarem que a família desconfiaria da equipe. Alguns profissionais afirmam que a família recearia o apressamento do diagnóstico de morte pelos médicos caso soubessem que o paciente é doador. Por isso, entendem que a equipe deveria ser completamente desvinculada do processo de cuidado/manutenção do potencial doador. Além disso, levando em conta as entrevistas, considera-se que a equipe não se sentiria plenamente à vontade e subsidiada para sustentar o discurso de morte encefálica e doação de órgãos com os familiares. Mais difícil ainda seria se aqueles apresentassem dúvidas e argumentos contrários. A ideia de que os profissionais não estariam suficientemente (in) formados e à vontade para sustentar o tema morte e assuntos relacionados também é trazida por Lima e Buys (2008), acrescentando que o endeusamento da tecnologia serviria justamente para afastá-los da realidade da finitude.

O discurso de alguns profissionais da equipe apresenta sinais de que o conceito de morte encefálica e o processo de captação de órgãos ainda não foram plenamente assimilados por eles como encontrado no estudo de Shabanzadeh et al (2009). Eles afirmam que devem persuadir a família, e que há a necessidade de a equipe se portar firme, e mostrar que estão convictos do diagnóstico. A ênfase na convicção mostraria justamente a carência da certeza no diagnóstico realizado. Nesse caso, como sustentam alguns profissionais, contar com a comissão encarregada pela busca de consentimento dos familiares para a doação seria confortável para a equipe da UTI.

Eu não faço parte do “chicote”, mas uma coisa boa é que a gente não precisa se envolver nessa abordagem pra família... [...]... Então a gente fica por fora, sabe (?), a gente fica como um serviço de apoio pra eles, né... O pessoal vem... Então, quem comanda é eles, eles que fiquem, sabe (?) e que fazem isso... E eu acho assim ó, a princípio, pra eles também é uma coisa b... Acredito que boa. Pra gente é confortável. Chega lá e quem tem que fazer essa parte não ser a gente (16E)

A parte difícil parece ficar com o comitê. Talvez o contato da família com a equipe não pudesse ser maior devido às dúvidas perpassadas no pensamento dos profissionais. Dessa forma não ter que enfrentar a família manteria a equipe em sua zona de conforto.

A abordagem à família, naqueles casos assim que o paciente possa ser doador, ela não é feita por nós... Ela é feita pela equipe de transplante... Até pra minimizar (riso) esse impacto e se possibilitar que se consiga mais doadores, né. É isso que a gente tem observado (13M)

Há ainda a constatação de que a morte impactaria o profissional, e por isso, a importância de uma equipe que ocupa seu lugar. Parece que o diálogo com a família ficaria dificultado pela morte, pelo luto da família, pelo fracasso da equipe em manter vivo o paciente. Ainda a própria identificação da equipe com o sofrimento da família poderia ser um dificultador no momento da abordagem. Bifulco e Lochida (2009) consideram que diante da morte do paciente, os profissionais se deparariam com sua própria finitude. Sque, Long e Payne (2005) salientam o valor da discussão entre família e equipe sobre a decisão da doação de órgãos. De acordo com Erdogan et al (2002) e Rodriguez-Villar et al (2009), a opinião de médicos guiaria atitudes e comportamentos públicos sobre problemas relativos à saúde. Além disso, os autores sustentam que a atitude dos profissionais ante a doação de órgãos dependeria de uma série de fatores, tais como educação, *status* socioeconômico, cultura e religião. A Espanha teria como resultado a mais alta porcentagem de doações de órgãos de cadáveres do mundo em função da atitude positiva da equipe diante da doação conforme Rodriguez-Villar et al (2009).

Ainda, parece haver a dúvida sobre o rigor na execução do protocolo de morte encefálica por parte dos entrevistados: eles sustentam que antes mesmo do exame de imagem, o profissional médico já confirmaria um diagnóstico ainda inconcluso.

A maneira como acontece, acaba... Ficando desacreditado, tu entende... Muitas vezes, a coisa não é feita com... Como é que eu vou dizer... .. Com... .. Com responsabilidade, com... Como a coisa tem que ser feita, sabe... Eu acho que tem alguns profissionais que... Ah... Seriam os profissionais que teriam... Que têm essa, né, ah... Condição de... Diagnosticar e a maneira como é feita a coisa... .. Cai no descrédito. Claro que depois assim... Ah... Acaba sendo feito os exames de imagem e isso aí realmente vai ver... Acaba realmente tendo aquela certeza, né... Mas a equipe tem bastante... Ah... Restrições ainda... Principalmente a equipe de enfermagem... Bastantes restrições em relação ao diagnóstico (6E)

Em sua fala, o profissional cinde a unidade entre médicos (que fazem o diagnóstico) e equipe: a equipe em geral parece ter desconfiança sobre o diagnóstico até o momento do exame final. Mesmo que a equipe, depois da angiotomografia (exame geralmente realizado como teste de imagem), aceite o

diagnóstico de morte encefálica, parece não absorvê-la como a morte final. Isso indicaria o episódio como uma espécie de sobrevivência do paciente:

Mostrar que morte encefálica né... O paciente não vai ter volta e vai morrer daí... Em questão de horas... A família aceitar isso, concordar que esses órgãos em vez de irem pra baixo da terra possam ser úteis para... Para outra pessoa eu acho que isso é uma coisa... (1M)

Estudo com médicos intensivistas, clínicos geral e demais especialistas mostra seu desconhecimento sobre o diagnóstico diferencial de morte encefálica. Os intensivistas mostraram-se mais informados que os demais profissionais pesquisados de acordo com Erdogan et al (2002). Dessa forma, sustentar um discurso favorável em relação à doação, sem acreditar nele parece desestabilizar a equipe: argumentar, demover da família a descrença na morte encefálica e convencê-la a doar talvez seja muito desgastante, mesmo na tentativa de aparentar posição favorável ao processo e acolher, em certa medida, sua responsabilidade de efetivá-lo. Shabanzadeh et al (2009) indica que, mesmo enfermeiros com atitudes positivas diante da doação, não estariam ávidos para obter consentimento das famílias para a doação de órgãos. Ou seja, não basta dizer-se favorável, mas sim posicionar-se a respeito e tomar uma atitude.

Shabanzadeh et al (2009) elucida estudos que referem a sobreposição de ideias religiosas sobre o conhecimento técnico em profissionais da saúde; nesse caso, também muitas vezes pode ser um dificultador da doação. Sem dúvida, haveria um sem fim de variáveis interferentes na decisão de um familiar diante da possibilidade de doação de órgãos, como a ideia de mutilação, a questão narcisista, a honra do corpo, como surgem nas falas dos profissionais e nos estudos de Bendassolli (1998) e Erdogan et al (2002).

Apesar da formação médica ou de enfermagem, considera-se a importância atribuída à religião na concepção de morte e do transplante. Além do diálogo para o convencimento à doação de órgãos, alguns profissionais citaram a busca por autoridades eclesásticas a fim de possibilitar a doação, já que é um fator que costuma afetar sensivelmente a decisão da família é a questão religiosa como mostram os trabalhos de Soares et al (2011). Isso entra em conformidade com os trabalhos de Erdogan et al (2002), Lopes (2009) e Shabanzadeh et al (2009), que salientam a importância da religião na tomada de decisão quanto a doar ou não órgãos e tecidos:

Mais de uma vez quando trabalhava em captação, tive que chamar autoridades eclesiais pra me ajudar com a captação, na abordagem, né, porque a... A doação esbarrava em alguma coisa da religião, digamos assim, da orientação religiosa... (15M)

Ou:

a própria equipe já, e a família é muito ligada nessa questão religiosa, é chamado um padre pra orientar durante o processo de doação. Mas assim ó, as equipes têm tido uma postura muito transparente, assim ó muito ética, assim ó, eu acho que tá todo mundo com a consciência muito tranquila, porque se deixa as famílias muito à vontade. (14M)

No trecho anterior, o entrevistado trata de enfatizar a postura ética da equipe diante da família deixando que ela tome a escolha quanto a doar ou não. Pontua certa oposição entre atitude ética da equipe e o auxílio de um líder religioso, que, de alguma forma, reforçaria a ideia da doação de órgãos. Grande parte dos profissionais indica que a igreja católica e espiritismo seriam favoráveis à doação de órgãos. Todos os profissionais que se disseram espíritas pareceram favoráveis à doação. Um profissional, católico, se disse doador, mas considerou que sua família, sendo católica, mesmo considerando a simpatia da igreja pela questão dos transplantes seria contrária à doação de órgãos. Estariam relacionados a essa postura, de acordo com o profissional, fatores culturais.

Além de fatores culturais, a ideia de que os médicos apressariam a morte do paciente potencial doador ou deixariam de oferecer tratamento ao paciente por interesse nos órgãos também permearia o senso comum e povoaria o pensamento dos familiares. Dessa forma, a entrada de uma nova equipe para trabalhar a questão da doação de órgãos seria para evitar essa desconfiança em relação à veracidade da morte e ao interesse da equipe médica pelos órgãos.

conversando com outras pessoas que não são da área existe uma ilusão de que nós apressaríamos a... O óbito ou a constatação do óbito pra que pudéssemos nos beneficiar dos órgão dos paciente... Então existe essa coisa de que... Talvez se o paciente fosse doador nós não teríamos tanto critério pra diagnosticar a morte encefálica... Então as pessoas têm medo que não se ofereça tratamento que esse paciente poderia receber (4M)

Ainda, os profissionais entendem que as famílias receariam a negligência diante do paciente em morte encefálica ou a prática da eutanásia.

não tenha esse problema dessa leitura de que a família possa ver errado que a gente deixou morrer pra conseguir o órgão, ou esse potencial conflito de interesses que possa existir, né, na tomada de condutas médicas (15M)

Porém, não é particularidade dos familiares a fantasia da realização de eutanásia em pacientes em morte encefálica. Alguns profissionais entrevistados também revelam o entendimento de que um paciente em morte encefálica não doador deve ser mantido em ventilação, assim como recebendo dieta, para que a retirada dessas medidas não configure um caso de eutanásia. A permanência de um paciente em morte encefálica na UTI até a parada cardiorrespiratória seria motivada por isso. Os profissionais referem que retirá-lo da UTI para outra unidade poderia suscitar mal entendidos nos familiares e demais funcionários do hospital, em função da manutenção dos batimentos cardíacos e da possibilidade de ocorrência de espasmos. Como referem Escudero et al (2009a), em muitos países as medidas de suporte ainda seriam mantidas. Na Bolívia, Colômbia, Paraguai, Peru e Venezuela, por exemplo, não haveria retirada da ventilação mecânica por não estar explicitamente indicado em suas normativas. No entanto, na Espanha e em Portugal, a retirada seria uma prática sistemática. No Brasil, apesar de ser bem determinado o procedimento de retirada das medidas de suporte depois do não consentimento da doação pela família, muitos profissionais asseguraram a manutenção da ventilação mecânica, da hidratação e, algumas vezes, da dieta. Entende-se que isso dificultaria a formação de um consenso acerca do tema, tanto por profissionais quanto por leigos. Afinal por que estando “em morte” deveria ser alimentado?

Outros profissionais, no entanto, divergem desse posicionamento, salientando o descabimento de manter um paciente em morte encefálica não doador conectado a aparelhos. Isso estaria em consonância com o que sustentam Moraes et al (2011) quando dizem que não há justificativa do ponto de vista ético, nem moral, tampouco legal para a manutenção do suporte terapêutico nesses pacientes. Além disso, é a noção contemplada nas diretrizes do Conselho Federal de Medicina (CFM, 1997). Os motivos de encaminhar o paciente em morte encefálica não doador a outra unidade ou mantê-lo na UTI sem medidas de suporte ventilatório seriam os mesmos que permitiriam ao médico trabalhar em prol da doação de órgãos: acreditar que o diagnóstico de morte encefálica atestaria a morte do paciente ou o início do processo de morrer. O paciente em morte encefálica não doador não mais seria,

portanto, salvável, razão suficiente para que a equipe dispusesse seu leito para um paciente com possibilidade de recobrar a vida ou colaborar com a vida de outros pacientes através da doação. A carência de leitos da unidade de terapia intensiva foi muito considerada pela equipe, já que essa unidade atenderia a pacientes da cidade e da região, dispondo de apenas nove leitos. Assim sempre existiria pacientes aguardando por um leito na unidade.

Os profissionais salientam a dificuldade de conseguir o consentimento da família, seja por contrariedades pessoais do profissional ao processo, seja por defendê-lo como veemência. A abordagem da família, anteriormente realizada pela equipe de UTI, não vinha surtindo resultados positivos: conversas temperadas com ansiedade e dúvidas enfraqueceriam o trabalho da equipe e poderiam colocar a perder todo empenho inicial na manutenção do potencial. A própria equipe entrevistada sentira que o vínculo com o paciente e com a família não facilitava o diálogo sobre a doação. Nesse sentido, surge na fala dos entrevistados a defesa da ideia de uma equipe aparte que, suficientemente treinada viesse contatar a família enlutada. Isso, como demonstra também o estudo de Knih, Schirmer e Roza (2011), daria sinais de dificuldade em acolher a família e dar a má notícia.

o hospital se empenha pra isso, tem uma equipe organizada, tentou amenizar o impacto negativo: no começo éram... Nós que abordávamos a família pra perguntar se eram ou não eram... E como a gente não tinha treinamento pra isso, às vezes o tiro saí pela culatra... Aí eles resolveram assumir essa... Essa (riso) essa tarefa... (13M)

De acordo com a equipe, esse contato especializado surtiria mais efeitos positivos para a efetivação do processo. Além disso, se tem visto em alguns estudos (SQUE; LONG; PAYNE, 2009) a importância dada pelo familiar à abordagem feita pela equipe no hospital, e seus reflexos nos índices de doações. Famílias, sentindo-se bem acolhidas pela equipe, seriam, de acordo com os autores, mais favoráveis e consentiriam mais a doação de órgãos, do que famílias insatisfeitas.

Ao posicionarem-se como familiar do potencial doador, os profissionais titubeiam em relação à doação de órgãos de parentes, não se posicionam prontamente favoráveis à doação, mostrando receio quanto ao processo. De acordo com Erdogan et al (2002), quase metade dos profissionais entrevistados expressaram a dificuldade de se posicionar diante do processo caso ocorresse com familiares, concluindo que só seria possível responder quando, e se, acontecesse.

Diante disso, como esperar que a família, que está longe dos bastidores, e possivelmente sente o silêncio da equipe, possa acreditar, confiar piamente na equipe, se nem alguns dos próprios colegas creditam o diagnóstico e a prática do médico da equipe? A equipe, no entanto, entende que a comissão encarregada pela busca de consentimento dos familiares para a doação faz um bom trabalho. Alguns (três) dos membros do comitê são profissionais da UTI, e incentivam a equipe a realizar o processo:

O pessoal principalmente dos enfermeiros tem dois ou três que trabalham na CTI que fazem parte do comitê intra-hospital de captação de órgãos também, então ah são pessoas que que que levam isso adiante, assim, que tão constantemente ahh tentando abrir protocolo daqueles pacientes que são candidatos, e que estimulam esse tipo de comportamento. O pessoal é engajado (7M)

No fragmento acima, o profissional sustenta que os membros da comissão encarregada pela busca de consentimento dos familiares para a doação vinculados a UTI levariam adiante o processo. Nesse caso, estaria a UTI pronta para tocar o protocolo de morte encefálica, ou dependeria ser impulsionada por um órgão de maior visibilidade e com estreita ligação com a central estadual de transplante? Dado o contato mais imediato entre a comissão encarregada pela busca de consentimento dos familiares para a doação e a Central de Transplantes, entende-se que isso traga à primeira o assunto ao primeiro plano, dedicando atenção e investimento ao assunto. Isso incrementaria sua informação sobre o processo e seria um facilitador dos transplantes, já que o treinamento completo dos médicos e enfermeiros dos serviços de cuidados intensivos e emergência parece estar diretamente ligado ao índice de doações de órgãos de acordo com os estudos de Erdogan et al (2002) e Shabanzadeh et al (2009). O trabalho de Knihš, Schirmer e Roza (2011) salienta a remuneração dos profissionais espanhóis envolvidos com o processo de transplantes, desde enfermeiros, médicos e coordenadores, o que não aconteceria no Brasil, além de muitos profissionais se sentirem despreparados para atuar nesse âmbito. O estudo também enfatiza o baixo número de horas dedicadas à formação de coordenadores de equipe de transplantes se comparados aos padrões espanhóis. Conforme o estudo, a média em dias de ocupação do cargo de coordenador por profissional em Santa Catarina é de nove meses e 22 dias, acusando alta rotatividade do cargo. Isso denota certo incômodo na ocupação de cargos de referência no que tange ao tema. O estudo ainda salienta a baixa

qualidade do atendimento aos familiares (falta de acolhida, de certeza nas informações), que se revelaria como falta de estímulo para pensar em doação. Diferente ocorre na Espanha: de acordo com o estudo de Rodriguez-Villar et al (2009), a atitude positiva de médicos e enfermeiros diante da doação de órgãos na Espanha estaria diretamente relacionado aos altos índices de doações em seu país. Possivelmente a comparação da atitude dos profissionais no Brasil e na Espanha seja um bom parâmetro para considerar o porquê da discrepância dos índices de doação de órgãos.

Os porquês da negativa da família são abordados em um estudo interessante (SQUE; LONG; PAYNE, 2005) com famílias que não doaram órgãos de familiares. Elas afirmam que sua decisão foi devida a falhas no conhecimento do desejo do falecido, a pobre comunicação resultando em baixo conhecimento sobre a lesão cerebral, a trajetória da doença e ao que aconteceu ao familiar, à incompatibilidade com profissionais da saúde, a uma lista de poucos cuidados que precederam a morte, e não suficientes para salvar o paciente, e a visão franca de familiares que eram contrários a doação. Outro estudo semelhante é o de Quintana e Arpini (2009). No hospital estudado, mais um dificultador, de acordo com os profissionais, seria a rotatividade de pessoal da equipe da UTI: tendo à frente profissionais de plantão e residentes, a postura frente aos pacientes em morte encefálica mudaria de acordo com a equipe responsável pelo turno. Dessa forma, como refere um profissional médico, a realização do protocolo seria dependente do desejo da equipe, sendo, portanto, inconstante, pouco rigorosamente realizado na unidade. Diferentemente do estudo referido acima, a rotatividade apresentada no âmbito do hospital estudado dar-se-ia em função de ser um hospital-escola, que serve para a formação de profissionais, sendo esperado o rodízio de pessoal (de acordo com a equipe, muitas vezes em detrimento do paciente):

E a gente nota que é bem bem dependente da da equipe, do ímpeto da equipe naquele momento assim; quanto mais a equipe tá engajada assim na abertura dos protocolos e na nana preservação dos pacientes no curso da abertura dos protocolos de morte encefálica, conseqüentemente se leva a cabo, se termina, se conclui mais protocolos e se tem mais doações [...] a gente nota assim que quando são turmas que abraçam mais essa causa, a coisa acontece mais (7M)

Dessa forma, a importância da comissão encarregada pela busca de consentimento dos familiares para a doação residiria em seu papel na manutenção

do paciente em morte encefálica, assim como no complexo e minucioso contato, e consequente alívio, da família doadora no momento da perda. Como o momento da abordagem para o pedido de consentimento é um tanto delicado, já que considerado por alguns entrevistados não oportuno – assim como também em Bittencourt, Quintana e Velho (2011), os profissionais destinados a entrar em contato com a família devem estar bem treinados para acolher suas dúvidas e esclarecer o processo, deixando-os à vontade para decidir. É o que aponta também o estudo de Sque, Long e Payne (2005).

Apesar de a morte fazer parte do cotidiano de quem trabalha na UTI, eles não se sentiriam preparados para lidar com ela, preferindo que o paciente em morte encefálica não doador saísse imediatamente da unidade, já que a situação seria irreversível. Assim, lidar com a morte passaria a ser um peso para a equipe, pois significaria o seu fracasso. A ideia de fracasso diante da morte também é trazida por Kovács (2011) e por Bendassolli (1998). Também a necessidade de se livrar do paciente em morte encefálica seria para evitar questionamentos sobre a situação: seria morte? Por que mantê-lo na UTI se não é a morte? Como autorizar que vá para a captação de órgãos se os aparelhos não podem ser retirados? Será que seria morte mesmo? Como fui capaz de doar os órgãos de meu familiar se agora sustento um paciente em morte encefálica sob ventilação? Retirar o morto do campo de visão seria evitar a morte mesmo no contexto hospitalar, como salientam Forte e Mota (2010), já que o que se buscaria atualmente, de acordo com Corbin, Courtine e Vigarello (2008) é dar conta de medicar a vida em detrimento de ter que lidar com a morte.

Talvez o surgimento dos comitês intra-hospitalares tenha ocorrido para sanar certas falhas do processo, inclusive na questão importante de treinamento. Ou seja, diante da dúvida da equipe de UTI quanto à precisão do diagnóstico de morte encefálica, e até mesmo por seu apego com pacientes e familiares, tenha se entendido necessário o aparecimento de uma nova equipe, para conversar com a família sobre os procedimentos dali em diante. Isso se aproxima do estudo de Knihs, Schirmer e Roza (2011), que salienta que, apesar do grande conhecimento técnico e científico dos profissionais, seu grande problema seria comunicar más notícias ao paciente e seus familiares. Acrescenta-se, que outro grande problema seria lidar com a morte e o diagnóstico de morte encefálica.

3.4. O impacto da morte e a analgesia do profissional

A morte em geral é um tema pouco discutido atualmente, mesmo na formação de médicos e enfermeiros. Bellato e Carvalho (2005) apontam para o escamoteamento da morte inclusive dentro do hospital, onde, citando Thomas (2000), a técnica teria matado a morte natural. De pronto se nota a negação do tema mesmo na academia e por profissionais que teriam sua vida pela frente a tratar de casos que inevitavelmente viriam a ter esse fim. Bellato e Carvalho (2005) apontam para a carência na matriz curricular de cursos de Enfermagem da consideração dos aspectos psicossociais da morte. As autoras apontam para a prevalência da abordagem tecnicista em detrimento da humanização do cuidado.

Este estudo traz depoimentos que coincidem com esses referenciais, sendo que alguns entrevistados referem a pouca exposição à vivência médica com pacientes terminais, quando em formação. Os profissionais comentam que praticamente não haveria contato do graduando com a morte, a não ser que buscasse por própria conta essa formação. A prática profissional iniciaria com deficiências nesse sentido.

como o contato com esse tipo de realidade... De iminência de morte, mais é um... Os médicos que se formam não têm contato... Têm contato com pacientes doentes, né... E com pacientes em recuperação, mas pouco esse com pacientes terminais e potencialmente graves... (1M)

De alguma forma, sua iniciação se dá após a obtenção do canudo: porém toda a bagagem que subsidia em sua prática como profissional parece não ser a esperada com relação a assuntos de vida e morte. Nota-se, dessa forma, certa resistência da própria instituição Saúde em falar sobre a morte, de dar a ela seu espaço, uma vez que é uma etapa inscrita no ciclo vital dos homens (KOVÁCS, 2005, 2011; Zaidhaft, 1990). Conforme Corbin, Courtine e Vigarello (2008), a ênfase do sistema de saúde vem sendo a medicalização da vida, que, como surge neste estudo, viria em detrimento da aceitação da morte, e a doação de órgãos seria uma forma de escamoteá-la, como sugere também Bendassolli (1998). Não abordar o assunto seria uma forma de resistir a ele. Porém, como aponta Kovács (2011), a mesma morte “interdita” passa a ser “escancarada”, fazendo parte do cotidiano das pessoas, ao inundar seus lares através da mídia, nos noticiários, nas novelas,

mostrando a crueza fruto do sensacionalismo como natural. Isso não deixa de resultar em repulsa à morte, que de alguma forma ainda interdita passa a ser “chocante”.

Além dela, se pode mostrar outras formas de evitação da morte tanto no plano das idéias quanto da prática: a religião, a sedação e a própria doação de órgãos seriam de certa forma, modos de burlar a morte. As noções trazidas por Bellato e Carvalho (2005) sobre burlar a morte coincidem com as representações sociais dos entrevistados.

A religião, ao considerar que a morte do corpo não significa a morte do ser, e aponta para uma continuidade da vida, após a falência do organismo. Essa mesma noção é trazida por Cantídio et al (2011). A sedação viria no sentido de evitar a lucidez da dor, do sofrimento do paciente, e mesmo dos familiares e equipe: não presenciando queixas ou atitudes remetentes a sofrimento, possibilitariam um esmaecimento da situação, como se fosse bem mais amena e não apontasse para o desfecho com a morte.

A doação de órgãos, por sua vez, parece ser uma solução rápida e eficiente para o uso dos órgãos de um paciente, que nem chegaria a mostrar sinais de morte (parada cardiorrespiratória), sendo nesse sentido, duplamente válida. Além de a morte não ser visível – pois o corpo segue pulsando – a morte do receptor do órgão também é postergada. O ponto a salientar é que a equipe, ao se defrontar com um doador, não se sentiria de todo frustrada diante da inevitabilidade da morte, afinal, os órgãos doados beneficiariam alguns receptores, trazendo vida e esperança a eles e suas famílias.

Essa esperança também é mantida através da religião. Mesmo sendo profissionais especializados na área de terapia intensiva, trabalhando num hospital totalmente vinculado à academia e no setor mais equipado e complexo do contexto hospitalar, a religião teve lugar em seus depoimentos, o que demonstra que sua representação de morte está permeada por crenças. E geralmente foi relacionada às questões relacionadas à morte. Assim, mesmo que a ciência se dedique a explicar explicar a vida e tentar dominá-la e predizê-la, e consiga isso com certo êxito, a explicação da morte parece estar ainda a cargo da religião, por isso as representações sociais acerca do assunto estejam tão relacionadas a crenças, fantasias, que destoam ainda do conhecimento científico.

Eu acredito que seja uma passagem, na verdade a gente tem que acreditar que existe alguma coisa depois, né... Porque senão não faz nenhum sentido a gente estar passando por aqui agora... A gente tem que acreditar que tudo isso que a gente passou vai servir de alguma coisa depois... Faça parte de um plano maior aí... (8M)

As representações dos profissionais médicos e enfermeiros entrevistados, quase sem exceção, em relação à morte é de que seria o fim do corpo físico. A vida ultrapassaria a morte do corpo, para dar início a um novo ciclo, em outra forma de existência. A morte, no caso, seria o primeiro passo da nova vida.

A percepção tanto de leigos como de profissionais da saúde com relação à doação de órgãos está permeada por essas representações da morte. Mesmo sendo vinculados à academia e trabalhando cotidianamente com a morte, os profissionais tendem a encará-la também a partir de um ângulo não técnico, para facilitar a aceitação da ideia e possibilitar seu trabalho com o tema sem tanta angústia. Isso não quer dizer que essa alternativa seja a mais indicada para lidar com a situação. Como o próprio profissional expõe:

como todos os terapeutas, vocês vão achar assim que os espíritos criaram essa porta pro outro lado como uma fuga que a morte é uma desculpa pra não existir a morte. Se a morte é uma porta, ela não traz tanto problema assim, né... Mas digamos assim, do ponto de vista biológico, a morte é um processo tão natural quanto a vida, a finitude, como todos os processos assim exigem uma finitude... Então, seja qual a etapa que vem depois, a morte, ela tem que ser encarada como... Como uma questão natural... (14M)

Ou então, a partir da perspectiva de um colega de equipe enfermeiro:

a... Vida entre aspas continua de alguma outra forma, não sei se aqui, não sei se num outro lugar... Isso, não tenho opinião formada... Eu acredito que continue... No momento em que a pessoa deixa a parte aqui, o que fica são as lembranças, fica o corpo só, né... Eu acredito que continue algu... De uma outra forma. Não tenho opinião formada qual seria essa outra forma, mas eu acredito que continue. Eu acredito que no momento que a pessoa resta... Ah... Morre... O que resta ali é o... A imagem da pessoa como ela era aqui... Depois que ela morrer ela vai ter uma outra forma de continuar a vida, né... Não sei em que plano, né... (9E)

Seu ato falho atesta que o corpo que “resta” seja justamente a pessoa, e as lembranças ligadas a ela estariam atreladas àquele corpo. Por isso a tamanha dificuldade de decidir em relação ao futuro do corpo, mesmo que a ideia mais referida seja a de que a vida segue em outro plano, ideia que sustenta o discurso favorável dos entrevistados em relação à doação dos órgãos. Eles dão evidência ao

altruísmo, à caridade nas campanhas a serem veiculadas pela mídia: “Doar órgãos: “Ser solidário!”, né, “Ser uma pessoa benevolente!”, “Ser... Pensar no próximo!... (4M). Conceitos como esse, muito empregados pela religião católica e mesmo pelo espiritismo, se mostram motivadores da doação. Assim, as representações sociais dos profissionais vêm plenas da ideia de caridade.

Nesse caso, é evidente a ambigüidade na consideração dos profissionais em relação à morte e à doação de órgãos, sendo que seu discurso, mesmo que mostrando a descrença no sistema, enfatiza a realização do transplante. Além disso, eles próprios consideram o paradoxo de, como cientistas, se remeterem tanto a uma versão religiosa da morte e da doação. Parecem buscar alento na religião em função da própria ciência ainda não abarcar, ou não coincidir, com a diversidade de fantasias e teorias a respeito da morte.

Então assim é difícil, digamos assim, um profissional médico ou da área da saúde ahh, sendo um cientista, né, trazer assim pra uma resposta junto a formação religiosa... Minha formação... E o espiritismo é mais que uma formação religiosa, é uma formação de crença de vida, de filosofia de vida. Eu tenho um livro espírita só sobre doação de órgãos. E esse livro ele cita assim ó, que eu acho uma coisa muito importante do ser humano, que se aquele espírito conseguiu de desapegar daquele corpo, se ele conseguiu fazer uma... Vencer uma etapa da vida dele, ele doa aquela matéria, aquele corpo, da mesma maneira que tu doa uma roupa que tu gostava muito, mas que tu sabe que vai servir pra alguém (14M)

Além de uma resposta altruísta à sociedade, o processo de captação de órgãos viria como um vetor na contramão da morte, por acontecer antes do “óbito final” do paciente, e multiplicar as possibilidades de vida. A doação de órgãos seria um embuste para a morte por garantir a transmissão da vida; o papel do profissional seria transmiti-la.

e talvez seja um dos momentos da medicina onde o médico exerça o maior poder do conhecimento humano sobre a vida e a morte é o transplante... É dar mais vida em vida (15M)

Nesse sentido, tanto a doação de órgãos, como a religiosidade em certo sentido parecem ser subsídio para a renegação da morte. Popularmente existe a ideia de que o ente querido doador continuaria vivendo no corpo do receptor.

um momento de muita emoção pra todos lá... O reencontro então da filha... Doou... E deu o coração e mantém vivo Sr. X até hoje. Aí... Aí eles se tornaram amigos e ela casou, e convidou pra entrar com ela... Foi motivo de matéria no Fantástico (13M)

A captação de órgãos seria sustentada em função da tecnologia e da nobreza do coração humano. Nesse ponto, os profissionais mesclariam ciência, juízo de valor em relação à doação e, inevitavelmente, uma pitada de religiosidade: “Então a doação de órgãos, ela precisa de dois grandes pacotes: da nobreza da família que doa e de toda ciência que vai... Que vai carregar isso” (14M).

Muitos entrevistados trazem idéias espíritas, situando a crença como favorável à doação de órgãos dada sua noção de corpo: seria apenas um invólucro para o espírito, que, em função do término da experiência terrena, teria se desprendido, deixando-o apenas como matéria. Essa matéria poderia ser doada pela família em sinal de altruísmo.

No entanto, mesmo que o familiar compreenda que o restante, ou seja, o corpo, já não representa o ente, de acordo com a doutrina espírita, a dor do luto não cede seu lugar. E, por isso, o momento parece, invariavelmente, inoportuno para a solicitação dos órgãos, já que demanda um alto custo à família que doa:

não é uma coisa que tu tá dando voluntariamente... É uma coisa que tu dando mediante uma perda muito grande... É geralmente uma perda horrível (8M)

Ou então, a família, discordante da doação, mas em realizando o desejo do morto de doar, tende a considerá-lo como um herói, um salvador diante de quem critica a doação. Parece ser o caso exposto por um profissional entrevistado, que teve um doador na família, ao considerar o preconceito de algumas pessoas ante a doação e a realização de uma cerimônia funeral para um doador. A discussão parece ter sido uma maneira de elaborar melhor a decisão do morto e o próprio consentimento da família, a fim de que não pesasse a ponto de se tornar motivo de arrependimento.

“a senhora tá enxergando que não tem nada nele?” E eu digo: “Exatamente, até por essa doação dele, dessa família, a senhora não acha que tinham que ficar velando dois dias ainda, porque... Tu viu, a senhora sabe quanta gente ele tá salvando? Tá dando a chance de viver mais uns dias, já que ele não teve... Essa chance?” (16E)

Diante da lacuna que se apresenta entre a necessidade humana de explicar a morte e a sua consideração pela ciência, a dúvida do profissional segue compondo suas representações acerca do assunto. Mesmo considerando que a essa pergunta

ainda se apresentam várias versões, cabe questionar se o treinamento das equipes estaria a contento de conduzir minimamente a prática do profissional. Diante do titubeio da equipe frente ao que noticia a mídia, parece que a pergunta seria respondida negativamente. É inusitado pensar que a mídia possa interferir no crédito dado aos próprios colegas sobre os seus diagnósticos. Mas é o que perpassa as fantasias também dos profissionais: “Por mais que a gente saiba como profissional que a morte encefálica é morte... mas também a gente vê casos aí na mídia...” (11E).

Está em questão a capacidade e o profissionalismo de seus colegas? Parece que imbricada nessa dúvida, há a ideia de morte como processo, que finda com a cessação dos batimentos cardíacos. Nesse sentido, trabalhar com a morte parece complicado tendo em vista que o almejado pelos profissionais médicos e enfermeiros seria restabelecer a saúde do paciente, e sentir-se com o dever cumprido. A representação social de seu fazer seria o de salvar, sendo por isso, desgastante trabalhar com um paciente terminal. As duas profissões, com suas particularidades, seriam expostas cotidianamente a situações como essa, e de alguma forma, o seu sucesso profissional estaria ligado à conservação da vida. Em alguns depoimentos, a ideia de morte do paciente esteve relacionada a fracasso ou a frustração, já que a profissão do médico traria consigo a ideia de salvamento. Muito bem dito por Hennezel: “o mundo que nos rodeia não nos ensina a morrer... Tampouco nos ensina a viver. No máximo a ter êxito na vida, o que não é a mesma coisa” (HENNEZEL, 1999, p.17). Diante da morte do paciente, o profissional sentiria que o êxito no exercício da profissão teria sido, de alguma forma, comprometido, o que explicaria sua dificuldade em lidar com a morte de pacientes. Nos trechos abaixo se expressa essa angústia:

se eu puder man... Conseguir ao máximo assim... Tipo se tu conseguisse assim que todos os dez pacientes... Que os últimos dez pacientes que eu perdi doassem órgãos... Bom... Se eu pudesse fazer isso eu teria feito... (3M)

A frustração diante da morte fica explícita no trecho acima. Também o choque diante dela no pedido de que o paciente “voe” de sua frente. Essa dificuldade em lidar com a situação aumenta ao se tratar da morte de pacientes jovens, a qual remete os profissionais a pensarem em seus filhos, sobrinhos, dificultando o

processo. Tais pacientes parecem ser mais investidos de afeto em função da transferência que se estabelece em decorrência da idade.

EU tenho essa dificuldade em trabalhar em pediatria porque tu fica, né, pensando “Ai, pobrezinhos, nem começaram a viver ainda, né... Já passando por isso”. Na fase adulta, ah... Tudo bem... Tu viveu, conheceu o mundo... Essas pessoas não têm tido a chance nem de conhecer o mundo (16E)

O profissional carrega de ênfase o termo “eu” como sendo particularidade sua. Porém, trabalhar com a morte infantil seria a dificuldade de grande parte dos profissionais da saúde. Hoffmann (1993), Kovács (2011) e Zaidhaft (1990) enfatizam o choque, tanto para a família como para os profissionais da saúde, diante da morte infantil ou juvenil. Parece “antinatural” esperar que um jovem, com toda a vida pela frente, morra, por causas consideradas até sem importância.

quando é jovem... Quer dizer, um cara que tinha toda uma vida pela frente... Morreu às vezes por bobagem... Bebeu, foi numa festa, não devia ter bebido... Dirigido, dirigiu, capotou o carro, internou na CTI. Daí morreu... (12M)

3.4.1. Analgésico, para quem? A analgesia do profissional diante do morrer

Alguns profissionais mostram claramente sua dor ao conversar sobre o processo de morrer. Isso representa o abalo emocional do profissional envolvido, que diz “aguentar firme”, e não demonstrar sua dor frente a família. No entanto, sofre com o esvair-se do paciente e com sua impossibilidade de impedir que a vida finde.

Outros profissionais, entretanto, parecem lidar com mais destreza com a situação. Eles usam artifícios para facilitar essa vivência inevitável no desempenho de seu trabalho, por exemplo, a analgesia do paciente. Ela parece servir para, além de retirar sua sensibilidade, diminuir a dor do próprio profissional, com dificuldade, inclusive, de confrontar o paciente com seu fim. A morte do paciente está em processo, mas o médico pode prescindir desse sofrimento, em vez de colocar-se diante dele. Kovács (2011) nomeia essa evitação por parte do profissional em confrontar seu paciente – e, ao mesmo tempo, de confrontar-se – com a finitude como conspiração do silêncio. Na fala a seguir, a ênfase é exatamente ao trabalho

do médico diante desse sofrimento, e, no caso, do intensivista mais especificamente, há o recurso de escapar desse confronto através da analgesia.

Eu acho que a diferença do intensivista pro oncologista é que o oncologista tem que olhar pro olho da pessoa e dizer que ela vai morrer daqui a dois, três, quatro meses, e ela tá consciente e tá entendendo tudo. O meu paciente, ele não precisa disso, geralmente tá sedado, eu não preciso lidar com isso (4M)

Ainda, mais um fragmento da entrevista do profissional:

se torna mais fácil de lidar com aquela pessoa que tá sedada, evoluindo pra morte... Que tá fazendo tudo, então a tua consciência Tá... Tá... Tá em paz porque sabe que tá fazendo tudo que é... Tu não percebe o sofrimento, pelo menos a gente [...]. Agora, a pessoa se definhando, se terminando com consciência, e a gente tendo que trabalhar isso, com todas as outras coisas da vida da gente, [...] eu acho complicado, não tenho... Não me sinto preparada pra isso. Acho muito difícil... (4M).

A administração de medicação, além de possibilitar o alívio do paciente, dá ao profissional a satisfação de estar fazendo algo por ele. Como benefício secundário, viria o seu próprio conforto. No caso de pacientes em morte encefálica não doadores, o uso da analgesia parece supérfluo. Porém, como afirmam os profissionais, serve para evitar espasmos, que dão a falsa impressão de movimento voluntário. Uma questão suscitada: quem teria a falsa impressão de movimento? O paciente, estando na UTI, está rodeado apenas por máquinas e profissionais, sem contato com familiares. Parece que o artifício da analgesia serve para que os próprios profissionais não se defrontem com o movimento, que passa a ser suspeito de não-morte, e pode gerar a dúvida quanto ao diagnóstico de morte encefálica.

No caso, se evita esclarecer o assunto, mostrando a situação cruamente como ela é. Assim, conforme explicam, o uso de analgésico está relacionado a evitar que profissionais menos convencidos tenham uma impressão errônea do processo, ou que mesmo os mais cientes do processo não cogitem na possibilidade de movimento voluntário. Essa precaução parece ir em direção a evitar a comprovação, ainda que parcial, das representações sociais que se tem acerca da morte encefálica, ou seja, que o paciente em morte encefálica se move, e por isso, não está morto. Na realidade, de acordo com alguns médicos, o paciente em morte encefálica pode apresentar movimentos involuntários, fruto de arco reflexo, completamente desvinculados de volição.

A não ser em casos de muito sofrimento e de internação prolongada, em que surge como única opção para o paciente, a morte parece sempre rechaçada. Apenas naqueles casos, o profissional entenderia o fim. A diferença na relação parece o envolvimento da questão narcísica de evitação do próprio sofrimento ante a um corpo ansiando por cuidados, mas sem possibilidade de dar algo em troca.

Em situações como essas, os entrevistados dizem “jogar a toalha” e interromper as tentativas de salvar o paciente. Além desse sentido, jogar a toalha também parece relacionado ao esgotamento do próprio profissional ao lidar com o fim e com a ideia de que todo resultado seria negativo, causando-lhes frustração. Esse ponto é abordado por Kovács (2011). Ao mesmo tempo, comunicar o fim ao paciente e/ou familiares é muito difícil. Como salientam os profissionais, trabalhar com a morte não seria algo fácil:

“Ah, hoje morreu um, amanhã também morreu mais um...” daí vou me deprimindo em função disso... Não. A gente se abal... Digamos que a gente se abale, mas a gente não fica assim, né, com sofrimento, com efeito cumulativo... (16E)

Porém, costumam salientar aos colegas que, ante ao sofrimento do paciente, ninguém deve reclamar das contingências de suas vidas afinal, como podem ver com o paciente diante de si, poderia ser pior. Diante do sofrimento do paciente sua dificuldade em trabalhar com situações de morte esmaece. Assim, trabalhar em prol de um paciente, ou seja, estar em cena como profissional, reforça a noção de que quem se aproxima da morte é o outro, o paciente, e que ela ainda está sob seu controle. Retomar o controle da situação e conseguir lidar da melhor forma com o processo parece o caminho buscado pelos profissionais. Suas atribuições, inclusive a de dar suporte à família enlutada exigiria que, ao menos socialmente, não demonstrassem seu sofrimento.

A gente tem que... Tem que ser forte, tem que ser firme nessas situações de angústia, de estresse, de família chorando no teu ombro, e por mais que a gente se emocione, a gente tem que ser aquele suporte, né... Então tu tem... Tu tem que falar coerente, tu tem que falar a coisa certa, tu não pode te derramar na frente deles, por mais que por dentro tu também esteja muito emocionado, tu não pode demonstrar isso, entendeu? Tu tem que segurar de qualquer forma, né. É muito difícil. Mas dá certo, a gente tem que ir em frente (10E)

Esse profissional, em especial, tendo participado de captação de órgãos, ao mesmo tempo em que se surpreende com a técnica, mensura a fragilidade humana,

considerando a imprevisibilidade da morte. Tendo acompanhado o processo de captação e o de transplante, pôde sentir duas fases muito importantes e, de certa forma, incomuns ao profissional. Em seu depoimento traz a crueza que perpassa o transplante e, por vezes dá mostras de que sua representação da morte é a morte cardiorrespiratória. Seu discurso evidencia certo choque entre entusiasmo e frustração com a condição humana e seu desconforto ao relatar a experiência da captação do órgão ao ver o corpo, que, pulsante, perder vida.

Um olho verde, e aquela mão branquinha, e aquela unha vermelha. (Risos)
E eu tive que ajudar a segurar o olho pra poder fazer a captação das córneas... Gente, assim ó... Por favor, ninguém merece, ninguém merece...
Chegar tirar, sabe... É muito ruim... Ver aquela mão (risos) cada vez mais branca... (10E)

No caso da captação, acompanhada pelo profissional, o que ficava evidente era a retirada dos órgãos de um corpo “saudável”, funcionante. O sofrimento trazido no discurso parece relacionado à tentativa de acreditar que aquele paciente, por mais que as evidências contrariassem, já teria morrido.

Ao longo da entrevista dá a entender que estar em morte encefálica não significa estar morto: o paciente estaria em processo de morte. Nesse caso, entende que retirar as medidas de suporte vital equivalem a antecipar sua morte:

ele tá em morte encefálica, mas o corpo ainda não está, né... O resto do corpo. Então assim no momento que tu retira o respirador dele, tu ta acelerando o processo de morte, entendeu... E isso não dá pra ser feito... O corpo tem que dar sinais de que ele tá se indo, tem que... Vai ir por ele mesmo, entendeu... Então a gente só não estimula a vida mais, mas a gente não retira o que ele já tem... (10E)

Outros profissionais, inclusive médicos – responsáveis pelo diagnóstico de morte encefálica – são mais enfáticos em seus discursos, explicitando a ideia de que a retirada do suporte vital coincide com a prática da eutanásia. Nesse caso, o profissional demonstra desconhecimento do que prevê o CFM (1997) quanto ao protocolo de morte encefálica:

Aqui no Brasil a gente não tem esse amparo pra fazer esse tipo de coisa: não se coloca mais nada, mas se eu tirar o que eu coloquei, eu to... Agindo ah... Ativamente como uma e... Fazendo uma eutanásia no meu paciente... Né, eu to provocando a morte dele. Não to deixando o curso natural dos fatos... Claro que é redundante, né... É só o tempo em que ele vai evoluir pra óbito (8M)

Cabe questionar: um médico que entende a retirada do suporte vital de um paciente em morte encefálica como eutanásia daria início ao protocolo de morte encefálica para a retirada dos órgãos? Para ele, o paciente estaria morrendo, mas não morto. Entende-se que a ideia de morte para o grupo é a de processo, iniciando com a morte encefálica, seguindo com a falência dos órgãos e vindo a findar com parada cardiorrespiratória.

nós tivemos uma paciente aqui também nesse mês que passou, foi constatado a morte dela... Demorou três dias...(C: em morte encefálica e demorou três dias?) Ficou três dias em ventilação esperando... Morrer todo resto... E daí... Espera... (10E)

A morte considerada para o processo de captação de órgãos também é algo difícil porque há exames que a comprovam, mas as evidências (no sentido de mostras) são de que o paciente ainda está vivo. A ambiguidade frente ao conceito de morte encefálica se expressa nas falas contraditórias dos profissionais: enquanto para alguns, a morte encefálica não significa o final da vida desse paciente, mas sim o início do seu processo de morrer, outros a vêem como o momento onde se encerrariam todas as tentativas com aquele paciente. Apesar de absorver em tons de realidade esse diagnóstico, coloca em termos fantasiosos, chamando a morte de *game over* no processo. E explica que a partir de então tudo é trabalho.

foi morte encefálica. Então já é *game over*, já é um corpo que tá morto e que mantém só as funções. Então não vai ter alegria, não vai ter tchauzinho na porta o paciente saindo, não vai ter a família dando graças a Deus que ele tá curado. E vai ser só tristeza. E vai ser só trabalho. Porque ah... A gente sabe que todo trabalho que tá sendo feito ali é pra manter aquele corpo íntegro pro velório. Ou pra doar (17E)

Ficar com o paciente em morte encefálica na UTI também representa um desgaste para a equipe de enfermagem, afinal o cuidado com ele continua o mesmo. Sua estada na UTI até a parada cardiorrespiratória, conforme salienta um profissional, é como um velório de dias. Quando usa o termo “velório”, parece equiparar o sofrimento da equipe de enfermagem à dor de familiares e amigos ao velar alguém caro. Nesse sentido, mesmo que esse profissional em especial represente a morte encefálica do paciente como morte, óbito, fim, seu sofrimento não é menor ao cuidar dele. Nesse caso, a morte é realmente representada como uma perda e como a evidência de que a equipe fracassou.

Ao falar em relação à própria morte, os profissionais também mostram resistências. Não representam a morte como algo natural, sendo que em algumas entrevistas parece uma ideia fora de cogitação: se sentem despreparados para lidar com o processo de morrer, por não conseguir representar a vida sem sua presença. Isso porque a própria morte é uma noção que escapa ao sujeito.

eu não encaro isso como uma coisa natural... Tem gente que diz ah, que morreu... “ah morreu...” tá, mas e tudo que ficou pra trás (?), né... E o teu enlace familiar, e o as pessoas... Então... Eu não tenho uma coisa... Esclarecida assim... Então a gente, na forma de não aceitar as coisas, não a acaba pulando, acaba não pensando nisso... Tu acaba não conversando sobre isso... Que eu não me imagino partindo assim nesse momento... Eu ia ficar muito revoltada, eu ia ficar puta da cara... (16E)

Nas falas a seguir, a noção de perda de controle do processo de morrer é bem presente, e a dificuldade em lidar com esse inesperado fica implícita quando antecipam decisões e planejam como deve ser seu fim. A tentativa dos profissionais é a encontrar soluções para contornar esse descontrole. Noções como preparar-se para morrer bem ou ser cremado são mostras de que, mesmo o processo de morrer sendo incontrolável, os profissionais não perdem a chance de buscar formas de ter a morte nas mãos. No entanto, colocar-se no lugar de pacientes parece inusitado: “já me imaginei ahh... Numa cama, tendo consciência de que a morte tá chegando... Não deve ser muito fácil lidar com isso, né (4M).

Cabe salientar a pergunta inicial do entrevistado, mostrando que esse não é um pensamento corriqueiro, e que mesmo diante do trabalho cotidiano com a morte, não se coloca no lugar do paciente. Nesse caso, a evitação da ideia possibilita, como referido anteriormente, o exercício da profissão sem tanta confrontação com a ideia de sua própria finitude.

Os profissionais preferem que sua morte seja rápida, e que a dependência de alguém para continuar vivendo é indigno..Logo, depreende-se de seu discurso que a ideia de morrer em uma unidade de terapia intensiva é rechaçada pelos profissionais que trabalham no setor.

Da minha morte? Eu espero que... Seja rápida e que eu não fique sofrendo, não entre nummm... Numa situação em que eu dependa dos outros pra sobreviver... Dependendo dos outros pra me mexer, dependa dos outros pra me alimentar, dependa dos outros pra respirar... Não qui... Não quero morrer sem dignidade... Eu quero morrer com dignidade. Isso é um problema, que a grande maioria das pessoas não pensa na morte, e quando for... (8M)

Outros, em contrapartida, entendem que o morrer é um processo, como viver, e que há a necessidade de preparação para o momento. O sujeito deve estar tranquilo, da mesma forma que as pessoas queridas presentes durante a ocorrência do processo de morrer.

eu todos os dias, eu dou uma contempladinha no final da minha existência pra que eu viva cada dia que eu to vivendo (riso). Então eu acho que, se tu quer morrer bem, contempla e não negar a finitude inequívoca, né... Eu não quero morrer... Quero viver mais muitos anos... Eu sou cheio de metas, de coisas pra cumprir... Mas quando essa hora chegar e for acontecer pra mim e se eu puder, se isso puder ser pra mim anunciado eu sei bem direitinho o que que eu vou querer fazer com o meu tempo, e com a minha div... E com o pensamento basicamente... Eu vou me preparar pra morrer, mentalmente... Eu vou me preparar pra morrer bem... Não materialmente... Mentalmente... eu vou querer entrar num estado de mais calma, eu to me condicionando pra isso a vida inteira.... Eu já assisti a forma com que as pessoas experimentam a morte, e eu ia querer uma morte calma pra mim e pra quem tá a minha volta, né... Bem tranquila... Sem... Nem dor eu vou sentir... (15M)

A evitação da dor, seu controle, é uma constante nas falas relacionadas ao tema do profissional em processo de morte. Isso evidencia a importância da analgesia, em sentido amplo, no processo de morrer, como referido anteriormente. Agora refere que o seu próprio morrer deve ser livre de dor e de sofrimento. Por isso, a distância da unidade de terapia intensiva, local representado como do intensa dor e sofrimento.

A cremação também aparece como uma forma de conter a imprevisibilidade do processo, ou seja, de continuar no controle da situação. Diante do inevitável perecimento do corpo, a cremação surge como alternativa. Mesmo que, para o entrevistado, a medida pareça inusual em termos de sociedade, entende como a forma mais digna de lidar com os restos mortais.

ela me faz aceitar a ideia de não ficar apodrecendo... Isso é uma ideia que eu não lido muito bem... Embora eu saiba que não tem mais nada ali, mas eu preferia terminar assim, sabe... Se esse corpo não pertence mais... Vamos dar um destino, termina mais ligeiro... Eu não sei explicar... Mas acho que é uma... Um final mais digno, assim... Eu sei que não deve ta muito certo, mas é a maneira que eu consigo imaginar como seria depois que eu morresse... (4M)

Nota-se que talvez a maior dificuldade do profissional da saúde no exercício de sua carreira seja lidar com o processo de morrer, tanto próprio como da morte de familiares ou de pacientes. Constituído sujeito, não consegue lidar com o imponderável.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte, mesmo para os profissionais que trabalham na Unidade de Terapia Intensiva, ainda segue um tema interdito. É difícil pensar nela, e falar sobre ela. Hoje em dia, seu diagnóstico envolve mais que o sensível aos olhos, ou seja, em alguns casos, como é o de morte encefálica, depende de tecnologia avançada e de sinais nem tão claros como o da morte cardiorrespiratória.

Assim, a consideração da morte parece ser um dos fatores dificultadores para o processo de doação de órgãos, o qual depende da ocorrência de morte encefálica para que possa ser empreendido. Esta pesquisa trouxe a concepção de profissionais que lidam cotidianamente com o processo de morte, e que mesmo assim ainda mostram resistências quanto a esse conceito mais recente. Isso quer dizer, que a ambigüidade em relação ao conceito de morte encefálica permeia também o entendimento dos profissionais, e não só a visão dos leigos. Dessa forma, foi um assunto recorrente neste trabalho, justamente por ser um tema tabu para a equipe.

A pesquisa em certo sentido pareceu tirar os entrevistados de uma posição cômoda: mesmo trabalhando cotidianamente com a morte, isso não significa que a ideia de morte seja resignificada. Nesse sentido, vida e morte ainda são relacionada com o coração. Em consequência disso, se pode afirmar que não basta anos de estudo ou mais treinamento, com foco apenas aos componentes intelectuais da morte encefálica, para que as equipes médica e de enfermagem assimilem o conceito de morte encefálica. Essa elaboração depende de um entendimento mais amplo sobre a morte, que é perpassado por simbologias, fantasias e crenças. O fato de estarem perpassadas por simbologias faz das representações sociais constantemente mutáveis. Nesse sentido, a noção de morte, apresentada como cardiorrespiratória neste trabalho, é algo mutável, porém isso depende que a noção seja questionada e trabalhada. Nesse sentido, sugere-se que mais trabalhos sejam empreendidos no sentido de repensar a morte e abrir espaço para ela nas discussões contemporâneas. Um motivo importante para isso, é que ela faz parte do processo de doação de órgãos, procedimento que passa a ser corriqueiro em hospitais de todo o globo. Assim, falar sobre morte e entendê-la

melhor está plenamente relacionado a incorporar o discurso de doação e órgãos e a atitude pró transplante na população em geral.

Em relação às queixas referentes à infraestrutura envolvida no processo de transplante e a configuração dos serviços, parece necessário que se dê atenção aos objetivos almejados pelas políticas de saúde a fim de estruturá-los. Salienta-se um movimento importante no tocante à doação de órgãos, porém há elementos de realidade, tais como poucos leitos em unidade de terapia intensiva, carência de profissionais, etc, que são obstáculos para se efetivar qualquer política nesse sentido. Até porque há empenho profissional muitas vezes, porém o processo “emperra” em uma das etapas e não é efetivado. Nesse caso, a equipe é frustrada e cada vez menos se dispõe a realizar o processo.

A mídia aparece como influenciando no comportamento das pessoas tanto positiva como negativamente. De forma positiva, ao veicular propagandas que estimulam a doar, principalmente as que enfatizam o aspecto emocional. Isso fortalece a percepção de que não basta falar ou escutar sobre o assunto; é necessário envolver-se. O lado negativo da mídia é que reproduz diagnósticos pouco explicativos e equivocados responsáveis por confundir o discernimento do público em geral. Nesse caso, sugere-se que a mídia seja responsável pela disseminação de conceitos relativos ao processo de transplante de forma responsável e elucidativa, estimulando o raciocínio e a ressignificação do assunto pela audiência.

Sugerem-se estudos que enfoquem o processo de captação desde a identificação do possível doador até a captação dos órgãos passando pela realização do diagnóstico e a consulta ao desejo do familiar. Além disso, que dêem ênfase à vivência do profissional neurologista com a situação de morte encefálica, já que é peça-chave no processo de transplante, ao menos no Brasil. Além de desmistificar a atitude desse especialista diante da morte encefálica, mais estudos virão a colaborar na formação dos profissionais. Entende-se inclusive que a essa deva prever em seu currículo disciplinas que contemplem a morte e o morrer, assim como dessem ênfase ao processo de transplantes, tão caro e requerido nos dias de hoje para restaurar a vida. Contudo, não basta a inserção do tema no currículo, mas sim a ênfase dada por preceptores e mestres à importância do processo e que sua prática também seja no sentido de desmistificar a morte, simplesmente porque é parte da vida. Salienta-se ainda a importância de trabalhos junto aos profissionais

que trabalham com captação de órgãos nas diferentes etapas a fim de dirimir ou minimizar ambiguidades e inseguranças presentes nesta pesquisa, além dos pontos fracos, que seriam justamente a ênfase ao processo de morrer em detrimento do processo de doação de órgãos.

5. REFERÊNCIAS

- ALVES, M. R. et al. Doação de córnea: opinião e conhecimento de médicos intensivistas do Complexo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 76, n.6, p. 315-319, 1997.
- ARIÈS, P. **El hombre ante la muerte**. Versión castellana de Mauro Armiño. Madrid:EditoraTaurus, 1999.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Editora 70, 2008.
- BATISTA, R.S; SCHRAMM, F.R. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia.**Ciência Saúde Coletiva**,v.9, n.1, p. 31-41, 2004.
- BAUER, M. W. Análise de Conteúdo Clássica: uma revisão In:BAUER, M. W.; GASKELL, G (org). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, Editora Vozes, 2007. p. 189-217.
- BELLATO, R., CARVALHO, E. C. O jogo existencial e a ritualização da morte. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.13, n.1, p.99-104, 2005.
- BENDASSOLLI, P. F. Doação de órgãos: meu corpo, minha sociedade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre. v.11, n.1, 1998.Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721998000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 abr. 2011
- BENDASSOLLI, P. F. Do lugar do corpo ao não-lugar da doação de órgãos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 13, n. 1, 2000. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722000000100015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 abr. 2011.
- BIFULCO, V. A.; IOCHIDA, L. C.A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura.**Revista brasileira de educação médica**, v.33, n.1, pp. 92-100, 2009.
- BITENCOURT, A. G. Z et al. Avaliação do conhecimento de estudantes de medicina sobre morte encefálica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**,v.19, n.2, p.144-50, 2007.
- BITTENCOURT, A. L. P., QUINTANA, A. M., VELHO, M. T. C. A perda do filho: luto e doação de órgãos. **Estudos de Psicologia**, v.28, n.4, p. 435-442, 2011.
- BRASIL, 2001. Lei n 10.211, de 23 de março de 2001.Alterar dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997.**Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 23 mar, 2001 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10211.htm>. Acesso em: 08 abr. 2011.

- BRASIL, 2001. Lei n 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 23 mar, 2001 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10211.htm>. Acesso em: 08 abr. 2011.
- CANTÍDIO, F. S., VIEIRA, M. A., SENA, R. R. de. Significado da morte e de morrer para os alunos de enfermagem. **Invest. educ. enferm**, v.29, n.3, p.407-418, 2011.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM Nº 1.480, 08 ago.1997. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 21 ago.1997. Seção I, p.18.227
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM Nº 1.826, 24 out.2007. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 06 dez.2007. Seção I, p.133.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução CNS Nº 196, 10 out. 1996. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 16 out. 1996. Seção I, p.21082.
- COELHO, J.C.U et al. Opinião e conhecimento da população da cidade de Curitiba sobre doação e transplante de órgãos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.53, n.5, p.421-425, 2007.
- CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. **História do corpo: as mutações do olhar**. Petrópolis: Vozes, 2008.
- ERDOGAN, O. et al. Attitudes and knowledge of Turkish physicians about organ donation and transplantation. **Transplantation Proceedings**, v. 34, p. 2007-2008, 2002.
- ESCUADERO, D. et al Consideraciones generales sobre la muerte encefálica y recomendaciones sobre las decisiones clínicas tras su diagnóstico. **Medicina Intensiva**, v.33, n.9, p. 450–454, 2009a.
- ESCUADERO, D. et al. Muerte Encefálica en Iberoamérica. **Medicina. Intensiva**, n.33, v.9, p. 415-423, 2009b.
- GRUPO DE ESTUDIOS SOBRE MUERTE ENCEFÁLICA, DE LAS SOCIEDADES CHILENAS DE NEFROLOGÍA Y DE TRASPLANTE. Muerte encefálica, bioética y trasplante de órganos. **Revista Médica Chile**, v.132, p.109-118, 2004.
- FORTE, D. N.; MOTA, A. As atitudes do médico frente à morte: uma perspectiva histórica. In: SANTOS, F. S. **A arte de morrer: visões plurais**. v.3. Bragança Paulista: Editora Comenius, 2010. p.57-68.
- GALVÃO, F. H. F. et al. Conhecimento e opinião de estudantes de medicina sobre doação e transplante de órgãos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.53, n. 5, p.401-406, 2007.

- GARCIA, V. D. et al. Importância do programa educacional de doação e transplante em escolas médicas. **Jornal Brasileiro de Transplante**, v 12, p.1049-1051, 2009.
- GARCIA, V. D. A política de transplantes no Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.50, n.4, p.313-320, out.-dez. 2006.
- GARRAFA, V. O mercado de estruturas humanas. **Bioética**, v.1, p.115-123, 1993. Disponível em <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/490/307>. Acesso em: 12 abr. 2012.
- GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (org). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, Editora Vozes, p.75, 2007.
- GREER, D. M. et al. Variability of brain death determination guidelines in leading US neurologic institutions. **Neurology**, v.70, 22 Jan. 2008.
- HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis, Editora Vozes, 9ª Edição, 2003.
- HAUPT, W. F., RUDOLF, J. European brain death codes: a comparison of national guidelines. **Journal of Neurology**, v.246, p.432-437, 1999.
- HENNEZEL, M. **Nós não nos despedimos**. Lisboa: Editorial Notícias, 1999.
- HOFFMANN, L. A morte na infância e sua representação para o médico: reflexões sobre a prática pediátrica em diferentes contextos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.364-374, 1993.
- HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss eletrônico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2010. CD-ROM
- JODELET, D. Recentes desenvolvimentos da noção de representações sociais nas ciências sociais. In: ALMEIDA, A. M. O.; JODELET, D. (Orgs.). **Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas: representações sociais**. Brasília: Thesaurus, 2009. p.105-122.
- JOVCHELOVITCH, S. **Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura**. Petrópolis: Editora Vozes, 2ª edição, 2011a.
- JOVCHELOVITCH, S. 3º Festival de Teatro de Rua de Porto Alegre. Disponível em <<http://www.youtube.com/watch?v=SwFgvLJ1S-U&noredirect=1>>. Acesso em: 8 dez. 2011b.
- KIND, L. Máquinas e argumentos: das tecnologias de suporte da vida à definição de morte cerebral. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro, v.16, n.1, 2009, p.13-34.
- KIPPER, D. O problema das decisões médicas envolvendo o fim da vida e propostas para a nossa realidade. **Bioética**, v. 7, n. 1, p. 59-70, 1999.

- KNIHS, N. S., SCHIRMER, J., ROZA, B. de A. Adaptación del modelo español de gestión en trasplante para la mejora en la negativa familiar y mantenimiento del donante potencial. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.20, n. esp, p.59-65, 2011.
- KOVÁCS, M. J. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Paidéia**, v.18, n. 41, 457-468, 2008.
- KOVÁCS, M. J. Instituições de saúde e a morte: do interdito à comunicação. **Psicologia: ciência e profissão**, v 31, n.3, p.482-503, 2011.
- KRIEGER, M. A. L et al. Avaliação do conhecimento da população e dos profissionais da saúde sobre doação de córneas. **Jornal Oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos**, v.12, n.1, p.1054-1058, 2009.
- LIMA, E. D. R. P.; MAGALHÃES, M. B. B.; NAKAMAE, D. D. Aspectos ético-legais da retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.5, n.4, p. 5-12, 1997.
- LIMA, V. R.; BUYS, R. Educação para a morte na formação de profissionais de Saúde. **Arquivos brasileiros de psicologia**, v.60, n.3, 2008.
- LOPES, A. G. de O. **Doação de órgãos: um estudo sobre produção de sentidos**. 2009. 122 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social)-Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- MACK, R. J., MASON, P., MATHERS, W. D. Obstacles to donor eye procurement and their solutions at the University of Iowa. **Cornea**, v.14, n. 3, p.249-252, 1995.
- MENESES, E. de A. et al. Análise bioética do diagnóstico de morte encefálica e da doação de órgãos em hospital público de referência do Distrito Federal. **Revista Bioética**, v.18, n.2, p.397-412, 2010. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/572/544>. Acesso em: 15 jun. 2012.
- MINAYO, M. C. O desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S.F.; CRUZ NETO, O; GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S.(org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 22ª edição, 2003. p.09-15.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro/São Paulo, 10ª ed., 2007.
- MORAES, E. L. de et al. Desconexão do ventilador mecânico de não doadores de órgãos: percepção de médicos intensivistas. **Revista Bioethikos**, Centro Universitário São Camilo, v.5, n.4, p.419-426, 2011.
- MORAES, E. L. de, et al. Trauma e doação de órgãos. **Jornal Brasileiro de Transplante**, v.9, p.561-565, 2006.

- MORAES, E. L. de, MASSAROLLO, M. C. K. B. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.2, p.131-135, 2009.
- MORAES, E. L. de, MASSAROLLO, M. C. K. B. Estudo bibliométrico sobre a recusa familiar de doação de órgãos e tecidos para transplantes no período de 1990 a 2004. **Jornal Oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos**, v.9, p.597-609, 2006.
- MORAES, E.L de et al. O perfil de potenciais doadores de órgãos e tecidos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v.17, n. 5, p.120-125, 2009.
- MORATO, E. G. Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.9, n.3, p.227-236, 2009.
- MOSCOVICI, S. Os ciganos entre perseguição e emancipação. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 653-678, 2009.
- PAZIN-FILHO, A. Morte: considerações para a prática médica. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.38, n.1, p.20-25, 2005.
- PITA, F., CARMONA, C. Do medo de ser enterrado vivo ao mito do doador vivo. **Acta Médica Portuguesa**, v.17, p.70-75, 2004.
- QUINTANA, A. M., ARPINI, D. M. Doação de órgãos: possíveis elementos de resistência e aceitação. **Boletim de psicologia**, v.59, n.130, 2009.
- RASSLAN, S., BIROLINI, D. O trauma como modelo de doença. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v.XXV, n.5, III, editorial.
- RBT. REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTE. Ano XV – n. 4 - jan/dez 2009. Disponível em:<http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/anoXV_n4/index.aspx?idCategoria=2>. Acesso em 13 jan. 2012.
- RBT. REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTE. Ano XVII – n. 3 - jan/set. 2011. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/anoXVII_n3/index.aspx>. Acesso em: 13 jan. 2012.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. São Paulo, Editora Atlas, 1999.
- ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de conteúdo e análise do discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **Alea**, v.7, n.2, p.305-322, 2005.
- RODRIGUEZ-VILLAR, C., et al. Attitude of health professionals toward cadaveric tissue donation. **Transplantation Proceedings**, v.41, p.2064-2066, 2009.
- SANTOS, J. H. de S. et al. Representações sociais de doação de órgãos e transplante: um olhar de universitários pelo viés da lei, do sujeito e do

cuidado. Disponível em:

<http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0255

> Acesso em: 27 fev. 2012.

- SANTOS, M. J., MASSAROLLO, M. C. K. B. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.13, n.3, p.382-387, 2005.
- SARTORI, Z. C.; SANTOS, L. H. S. dos. Doação de órgãos e tecidos: a centralidade do coração e a emergência do cérebro manifestadas em projeto artístico. **Interface**, v.15, n.38, 2011.
- SHABANZADEH, A. P et al. Organ and tissue donation knowledge among intensive care unit nurses. **Transplantation Proceedings**, v.41, p.1480-1482, 2009.
- SQUE, M., LONG, T., PAYNE, S. Organ donation: key factors influencing families' decision-making. **Tranplantation Proceedings**,v.37,p. 543-546, 2005.
- STEINER, P.A doação de órgãos a lei, o mercado e as famílias. **Tempo Social Revista de Sociologia da USP**, v.16, n. 2, p.101-128, 2004.
- TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.3, p. 507-514, 2005.
- TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis, Editora Vozes, 2003.
- VARGAS, M. A., RAMOS, F. R. S. A morte cerebral como presente para a vida: explorando as práticas culturais contemporâneas. **Texto Contexto Enfermagem**, v.15, n.001, Florianópolis, p.137-145.
- WIJDICKS, E. F. Brain death worldwide: accepted fact but no global consensus in diagnostic criteria. **Neurology**, v.58, n.1, p.20-25, 2002.
- WOTTRICH, S. H. **Manifestos do coração: significados da cirurgia cardíaca para pacientes pré e pós-cirúrgicos**. 2011. 170 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde)-Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.
- ZAIDHAFT, S. **Morte e formação médica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

6. ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal de Santa Maria

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar do estudo “Doação de órgãos: um estudo em representações sociais na saúde”, que tem por objetivo investigar a percepção desses profissionais da saúde em relação ao processo de captação e transplante de órgãos. Tal estudo prevê a participação de indivíduos sexo masculino e feminino, com idade superior a 18 anos, que trabalhem diretamente vinculados ao processo de doação de órgãos no Hospital Universitário de Santa Maria. Como benefício esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado. Você não terá nenhum tipo de despesa por participar do estudo, bem como nada será pago por sua participação. A sua participação no presente projeto de pesquisa não acarreta riscos adicionais, podendo ocorrer, ou não, apenas desconforto em responder perguntas sobre a sua pessoa.

Sua contribuição é voluntária e pode ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo. A qualquer momento, você poderá solicitar informações sobre os procedimentos ou outros assuntos relacionados a este estudo. Todos os cuidados serão tomados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações, preservando sua identidade. Todo o material desta pesquisa ficará sob responsabilidade dos pesquisadores, no Instituto de Psicologia da UFSM, sala número 319, e, após cinco anos, será destruído. Dados individuais dos participantes coletados no processo de pesquisa não serão informados às instituições envolvidas, mas haverá uma devolução dos resultados, de forma coletiva, para a instituição.

Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais. Os pesquisadores do projeto são Carina Teixeira Leite Kurtz e Alberto Manuel Quintana. Caso queira contatar com nossa equipe, isto poderá ser feito pelo telefone (55) 99843460. Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, fone (55) 3220 9362.

Pesquisadora Responsável

Pelo presente consentimento, eu _____ declaro que fui informado(a), de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente Projeto de Pesquisa. Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa; terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga nenhum prejuízo.

Entendo que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com a minha privacidade. Concordo com a participação neste estudo, bem como autorizo para fins exclusivamente desta pesquisa, a utilização das informações prestadas em entrevista.

Assinatura: _____

Data: _____

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM
Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2o andar
Cidade Universitária - Bairro Camobi
97105-900 - Santa Maria - RS
Fone: (55) 3220.9362

Artigo: A CONFIANÇA NO PROCESSO DE CAPTAÇÃO DE
ÓRGÃOS

A Confiança no Processo de Captação de Órgãos

Carina Teixeira Leite Kurtz e Alberto Manuel Quintana

Universidade Federal de Santa Maria

A CONFIANÇA NO PROCESSO DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS

Resumo

O transplante de órgãos surge como uma alternativa para pacientes crônicos, possibilitando um incremento no tempo e na qualidade de vida do paciente transplantado. Porém, requer aptidão da equipe de profissionais e estrutura para ser realizado. Este trabalho aborda o entendimento de profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva acerca do processo de transplante. O estudo foi de abordagem qualitativa, de caráter exploratório descritivo, transversal, através de entrevista individual semiestruturada a 18 profissionais, sendo em mesmo número médicos e enfermeiros de um hospital universitário do interior do Rio Grande do Sul. A análise do material gravado e transcrito foi de conteúdo temática, baseada em Turato (2003), após sua leitura flutuante. Os profissionais representam a morte como cardiorrespiratória e têm dúvidas quando ao processo de transplante. Apesar de apoiarem a doação de órgãos de pacientes, não se posicionam frente ao processo envolvendo seus familiares.

Palavras-chave: transplantes de órgãos, unidade de terapia intensiva, morte encefálica, sistema nacional de transplantes.

A CONFIANÇA NO PROCESSO DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS

Abstract

Organ transplant emerged as an alternative for chronic ill patients, allowing an increase in both time and quality of life for the recipients. However, to be successfully done it requires a well trained group of health professionals and state-of-the art facilities. This study approaches the understanding of the organ transplant process by the health professionals working in an intensive care unit. The study was a qualitative, exploratory descriptive, cross through semi-structured individual interviews with 18 members of the intensive care doctors and nurses that work in an adult ICU located in the inner part of the state of Rio Grande do Sul, Southern Brazil. The material analysis was recorded and transcribed thematic content, based in Turato (2003).

The professionals present death as a cardio respiratory event and they have some doubts concerning the transplant process. Despite of their support the organ donation from patients, they have no active participation in the family's decision to donate the organ.

Key words: transplantation, intensive care unit, brain death, national transplantation system..

A CONFIANÇA NO PROCESSO DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS

A confiança no processo de captação de órgãos

A doação de órgãos é um processo que envolve intimamente tanto a confiança no diagnóstico de morte encefálica e a concepção que se tem sobre o processo, como a credibilidade depositada no sistema nacional de transplantes e nos profissionais envolvidos. Mesmo depois de várias décadas de prática da transplantologia no mundo, há indícios de que os próprios médicos ainda desconfiem do sistema de transplantes (Erdogan et al, 2002). Uma das questões perpassa o próprio diagnóstico de morte. A morte encefálica, por possuir sinais discretos, ainda não convence parte da população, que segue acreditando na manutenção da vida do paciente em função dos batimentos cardíacos e temperatura corporal. Além disso, como sustentam Moraes et al (2009) a não efetivação do transplante também está ligada a atrasos no diagnóstico precoce de morte encefálica. Essa crença parece dificultar a elaboração do luto do paciente em morte encefálica.

Entende-se o surgimento da noção de doação de órgãos como resultado da conjuntura social e cultural em que se vive, diante do temor humano em considerar a morte, a finitude da vida e a realidade de que o ser humano é limitado. Essa concepção vem a trazer esperanças tanto para pacientes que precisam de órgãos, familiares (muitas vezes consideram que o doador segue vivendo no receptor) e equipe de saúde, no sentido de proporcionar o prolongamento de várias vidas. Isso é paradoxal, pois a morte é condição para a doação dos órgãos (Vargas & Ramos, 2006). Diante de um potencial doador o profissional da saúde tende a enxergar a possibilidade de uma nova vida (Knihs, Schirmer & Roza, 2011).

Nesse sentido, é importante considerar a significação do processo de doação de órgãos para os profissionais da saúde no Brasil, pois, considerar transplantes de órgãos de doadores cadáveres é, inevitavelmente, abrir espaço para pensar a morte, algo extremamente relevante quando se quer implementar os índices de aceitação da doação de órgãos.

Além disso, a equipe de médicos e enfermeiros das unidades de terapia intensiva tem muitas vezes sob seu cuidado pacientes potenciais doadores, e de acordo com alguns estudos, seu posicionamento diante do assunto interfere no resultado do processo (Grupo de Estudios sobre Muerte Encefálica, de las Sociedades Chilenas de Nefrología y de Trasplante, 2004). Isso tanto ao se referir ao precoce diagnóstico de morte encefálica, na manutenção do potencial doador ou mesmo no contato com os familiares e cuidado com o paciente.

O caráter ambíguo da morte torna-se mais evidente na consideração da morte por estudantes e mesmo profissionais da saúde (Grupo de Estudios sobre Muerte Encefálica, de las Sociedades Chilenas de Nefrología y de Trasplante, 2004), que diante de um corpo normativamente morto, ainda lhe suprem com cuidados dispensados a pacientes (isto é, vivos). Além disso, o próprio diagnóstico é baseado em índices distintos, em conformidade com a legislação e as guias específicas de cada país (Escudero et al, 2009b) o que se considera mais um dificultador para a consideração do conceito e sua assimilação. Morato (2009) considera que a uniformidade no protocolo tornaria o processo mais confiável e fidedigno.

Em se considerando a doação de órgãos no âmbito familiar, a situação se acirra, em função da difícil assimilação da perda e de toda a instabilidade gerada pelo luto. O momento é de extrema dor para a família, principalmente quando a morte ocorre inesperadamente, envolvendo pessoas jovens e sadias, já que assim impõe uma quebra à

noção de ciclo vital (Bittencourt, Quintana & Velho, 2011). Segundo Kovács (2008), o tipo de morte pode interferir inclusive no consentimento ou não da doação pelos familiares. Casos envolvendo morte encefálica parecem ser os mais traumáticos para a família por envolver, vez ou outra, pessoas saudáveis vítimas de algum trauma (acidente de trânsito, acidente vascular cerebral), sendo uma morte “inesperada”. Bittencourt, Quintana e Velho (2011) consideram que esse tipo de morte acarretaria um luto mais demorado para a família, por sua ocorrência imprevista e por descreer do diagnóstico de morte encefálica.

Nesse sentido, tanto família quanto equipes envolvidas no processo de doação de órgãos parecem ser tocadas pela dúvida quanto à ocorrência de morte, quanto aos interesses dos profissionais atuantes no processo, assim como ao cuidado dispensado com o paciente. Esse é o ponto que se pretende abordar no presente artigo.

Método

Participantes

O estudo tem caráter descritivo exploratório a partir de uma abordagem qualitativa. Foi realizado em uma unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário do interior do Rio Grande do Sul. Os participantes: todos os profissionais médicos e enfermeiros da unidade foram contatados, sendo que apenas um enfermeiro não aceitou participar do estudo. Nesse caso, foram entrevistados 18 profissionais (sendo nove médicos, incluindo residentes, e nove enfermeiros) durante seu expediente. São identificados no trabalho através do número de ordem de sua entrevista seguido da letra inicial de sua profissão, por exemplo: 4M, ou seja, quarta entrevista cujo profissional fora um médico.

Instrumento e procedimentos

Como instrumento de coleta foram realizadas entrevistas semiestruturadas (Turato, 2003) individuais com duração média de cerca de uma hora. Esse tipo de entrevista pressupõe o uso de eixos norteadores, ou seja, assuntos de primordial interesse do pesquisador que serão propostos ao longo do diálogo. A análise temática do material com base em Turato (2003) foi realizada após transcrição e leitura flutuante das entrevistas.

Resultados

Considera-se que a dificuldade de absorção da ideia da morte e a dor do luto são fatores dificultadores do processo de transplante para profissionais, ao se posicionar como familiares inquiridos acerca da doação dos órgãos. O próprio conceito de morte encefálica, necessário para que haja a doação de órgãos, ainda não parece assimilado completamente pelos profissionais envolvidos com o processo.

Outro fator referendado pelos profissionais como interferente no processo é a confiança estabelecida entre a equipe e os familiares, e mesmo entre os membros da equipe. A exigência hoje, pelo sistema nacional de transplantes é de que o contato com a família a fim de obter o consentimento da doação de órgãos seja realizado por uma equipe especial, encarregada dessa função. No entanto, mesmo assim, há receio da própria equipe em relação ao processo. Com isso, o processo de transplante no Brasil ainda sofre alguns percalços, refletidos nos índices de doações, diferentemente do que se percebe ao compará-lo ao caso espanhol, em função das dúvidas que o cercam.

Os profissionais avaliam sua própria prática como falha em alguns aspectos, e que o mal entendido em relação ao processo pode provir da unidade. Eles acreditam que

profissionais com parca formação levam aos familiares ideias errôneas quanto ao processo, o que compromete o êxito da captação dos órgãos:

... dentro da equipe alguém que tem menos conhecimento do que outro... Da enfermagem... Que às vezes passam alguma informação aos familiares de maneira equivocada, e que pode às vezes atrapalhar um pouquinho... (1M)

Alguns estudos salientam a carência de conhecimento dos profissionais de enfermagem. O estudo de Shabanzadeh et al (2009) refere que as taxas de doação poderiam inclusive ser maiores caso houvesse mais conhecimento do processo pela equipe de enfermeiros envolvidos. De acordo com Rodriguez-Villar et al (2009), em relação à doação de tecidos, médicos mostram níveis mais altos de conhecimento do que enfermeiros e técnicos de saúde. Shabanzadeh et al (2009) apontam que 57% dos enfermeiros teria informação suficiente sobre a definição de morte encefálica, enquanto 43% não disporia desse conhecimento. O mesmo estudo cita trabalhos que mostram atitudes divergentes de profissionais diante do assunto doação de órgãos e tecidos, deixando à mostra suas dúvidas que inevitavelmente interferem na atitude dos familiares.

Ainda, há dúvida quanto ao rigor na execução do protocolo de morte encefálica: os profissionais sustentam que antes mesmo da realização do exame de imagem, o profissional médico algumas vezes já confirma o diagnóstico ainda inconcluso.

... a maneira como acontece, acaba... Ficando desacreditado, tu entende... Muitas vezes, a coisa não é feita com... Como é que eu vou dizer... .. Com... .. Com responsabilidade, com... Como a coisa tem que ser feita, sabe... Eu acho que tem alguns profissionais que... Ah... Seriam os profissionais que teriam... Que têm essa, né, ah... Condição de... Diagnosticar e a maneira como é feita a coisa... .. Cai no descrédito. Claro que depois assim... Ah... Acaba sendo feito os exames de imagem e

isso aí realmente vai ver... Acaba realmente tendo aquela certeza, né... Mas a equipe tem bastante... Ah... Restrições ainda... Principalmente a equipe de enfermagem...

Bastantes restrições em relação ao diagnóstico (6E)

A fala evidencia a cisão da equipe entre médicos (que fazem o diagnóstico) e o restante: a equipe em geral parece ter desconfiança sobre o diagnóstico até o momento do exame final. Porém, mesmo que, depois da angiotomografia (exame de imagem), aceite o diagnóstico de morte encefálica, parece não absorvê-la como a morte final, como óbito. Nesse sentido a morte encefálica indicaria uma espécie de sobrevida do paciente:

... mostrar que morte encefálica né... O paciente não vai ter volta e vai morrer daq... Em questão de horas... A família aceitar isso, concordar que esses órgãos em vez de irem pra baixo da terra possam ser úteis para... Para outra pessoa eu acho que isso é uma coisa... (1M)

Estudo com médicos intensivistas, clínicos e demais especialistas elucidou seu fraco conhecimento sobre o diagnóstico diferencial de morte encefálica. Os intensivistas mostraram-se mais informados que os demais profissionais pesquisados de acordo com Erdogan et al (2002). Dessa forma, a descrença no processo de doação parece desestabilizar a equipe, que tenta sustentar um discurso favorável frente à família: argumentar, demover da família a descrença na morte encefálica e convencê-la a doar talvez seja muito desgastante, por entender que deve aparentar posição favorável ao processo e acolher, em certa medida, sua responsabilidade de efetivá-lo. Shabanzadeh et al (2009) indicam que, mesmo enfermeiros com atitudes positivas diante da doação, não estão ávidos a obter consentimento das famílias para a doação de órgãos. Ou seja, não basta dizer-se favorável, mas sim posicionar-se a respeito e tomar uma atitude.

O maior contato entre equipe e família parece ser quando da busca pelo consentimento da doação dos órgãos, realizada por uma comissão nova. Durante a hospitalização do paciente em morte encefálica, por mais rápida que seja, parece não haver um investimento da equipe em relação à família em questão. O contato entre profissionais e família parece permeado pelo silêncio, pela contenção de informações até que se confirme o diagnóstico. Esse tipo de atitude tem seus prós e contras: a ideia de morte encefálica não seria trazida à família até não ter a certeza; ao mesmo tempo, o clima de segredo poderia dificultar posteriormente o consentimento da doação pela família, em virtude da sensação de ocultação de uma verdade. Dessa forma, a situação seria trazida subliminarmente com a família, até o momento combinado.

... se a gente vê que o paciente tá se encaminhando praquele prognóstico, o médico e a enfermagem já começam a dar sinais de que alguma coisa ruim tá acontecendo... E daí então assim ó... Quando ele chega pra visita e o corpo tá ali e tal... E tá respirando, e ele vê que tá respirando, mas que a gente sabe já que tá em morte encefálica, a enfermagem também fala, o médico também fala, fala... Fala suavemente, mas fala, entendeu? E quando... Quando tu combina mesmo, aí é... Joga as cartas na mesa... (10E)

Como salientam Bittencourt, Quintana e Velho (2011), a família já estaria muito sensibilizada e, mesmo diante do empenho da equipe em sanar suas dúvidas, ainda poderia sentir certo desamparo e desconforto diante dos profissionais. Ainda, o silêncio inicial da equipe poderia gerar desconfiança na família, e medo, por exemplo, que a equipe não se empenhasse no cuidado do paciente em função do interesse em seus órgãos.

O diálogo com a família não deveria depender apenas do comitê que busca o consentimento, mas também do contato maior entre residente/médico assistente e

família. Esse contato mais estreito com a família é realizado, de acordo com alguns entrevistados, pela equipe de enfermagem, o que indica certa cisão na equipe ao considerar que esse contato não é atribuição única de uma categoria profissional, e sim da equipe como um todo.

... durante algum tempo nós tivemos uma psicóloga trabalhando aqui na UTI justamente para trabalhar junto com os familiares, não apenas dos pacientes potenciais doadores de órgãos, mas com os demais pacientes que ficam internados aqui.... Então, existiu uma psicóloga que trabalhou durante algum tempo aqui com essa... Com essa parte aqui dentro da UTI e que o papel dela era normalmente de esclarecimento, identificar essas... Esses conflitos e tentar resolver muitas vezes... Para que pudesse se desencadear esse processo todo. Hoje esse papel quem faz normalmente é o pessoal da enfermagem, enfermagem que tem treinamento (1M)

O papel de esclarecimento em geral é desempenhado por enfermeiros, o que deveria ser feito por um psicólogo, no entender da equipe. Talvez por isso não haja psicólogo na equipe de UTI: o desejo da equipe parece ser de que o psicólogo ofereça esclarecimentos, apaziguando o sujeito que sofre. Nem sempre é esse o papel do psicólogo diante do paciente.

Além disso, parece que o contato da equipe com a família depende de seu grau de discernimento do assunto. Ou seja, a equipe parece distante e pouco franca com a família em razão de dispor de muitas dúvidas e ressalvas quanto ao processo.

Bittencourt, Quintana e Velho (2011) oferecem respaldo a isso, e enfatizam a importância da formação dos profissionais de saúde com ênfase no diálogo e na abordagem ao familiar. A melhora na formação dos profissionais é defendida ainda por Bifulco e Iochida (2009).

... eu acho que falta mais é... Apesar de assim, do... De o residente conversar bastante

com a família, acho que ainda falta ainda... Bastante esclarecimento, né... Por parte nossa também da enfermagem também... Acho que falta um pouco de... Né... Falta diálogo, né... Falta diálogo com a família (6E)

Nesta pesquisa, os profissionais como um todo parecem conhecer o processo, porém ainda relacionam o fim da vida com a parada cardiorrespiratória, sendo a morte encefálica apenas o início do processo de morrer. Eles entendem o diagnóstico de morte encefálica, mas ainda não existe uma correspondência entre o conceito e a ideia de morte acabada. Mesmo tendo vivenciado o processo algumas vezes, ainda sustentam fantasias de que entre a interrupção das funções do encéfalo e a parada cardíaca possa haver algo de reversível. Assim, eles afirmam que executam o processo como profissionais, porém não permitiriam a captação de órgãos no caso de ocorrer com seus próprios filhos.

Dessa forma, o processo de doação de órgãos é racionalmente entendido e executado por médicos e enfermeiros no exercício da profissão, mas seu consentimento, quando no papel de familiares do doador, perpassaria questões emocionais, afetivas, permeadas de fantasia, desejos, crenças, e inclusive pela espera por um milagre. Essa noção também é trabalhada por Bittencourt, Quintana e Velho (2011) e por Shabanzadeh et al (2009).

Nesse sentido, a equipe entende que deveria estar mais bem preparada para manter o discurso em prol da doação. Erdogan et al (2002) apontam que informações mais acuradas deveriam chegar aos médicos, já que guiam as atitudes da população. Nesse caso, quando os profissionais não entendem com acuidade o processo, esses mal-entendidos acabam sendo repassados à população em geral, desabonando a concepção acerca dos transplantes. Rodriguez-Villar et al (2009), além disso, sustentam que a atitude dos profissionais ante a doação de órgãos depende de fatores, tais como

educação, *status* socioeconômico, cultura e religião. A Espanha, de acordo com esses autores, tem como resultado a mais alta porcentagem de doações de órgãos de cadáveres do mundo em função da atitude positiva da equipe diante da doação. Como afirmam Sque, Long and Payne (2005) a discussão entre família e equipe sobre a decisão da doação de órgãos tem grande valor para ambos.

Acresce-se que não basta estar bem formado, ou informado; faz-se necessário, conforme a equipe, acreditar no processo a fim de contribuir com ele. Isso é salientado no trecho abaixo:

... pra família ter essa... Essa... Credibilidade nisso também... Tem que... Todos os profissionais tem que ter... Essa certeza assim... Essa... Essa postura... De que tu realmente não tem dúvidas, né, sobre... Sobre a questão... (6E)

No entanto, é clara a postura de dúvida do profissional frente ao processo: “as pessoas quando conversarem tem que ser firmes, né, e ter a convicção (*risos*) do que é que *tão* passando pra família” (6E) [grifos nossos]. O interessante, de acordo com o profissional, é de que a dúvida da equipe não transpareça à família. O discurso de alguns profissionais da equipe apresenta sinais de que o conceito de morte encefálica e o processo de captação de órgãos ainda não foram plenamente assimilados. Eles afirmam a necessidade de persuadir a família, de se portar firme, e demonstrar convicção sobre o diagnóstico. A ênfase na persuasão mostra justamente a carência da certeza no diagnóstico realizado.

Apesar de não ser um processo totalmente aceito na equipe, as entrevistas revelam seu desejo no aumento do número de doadores, e sugerem formas de tornar possível esse incremento. Uma das maneiras é melhorar a forma de abordagem da família enlutada pela tanto pela equipe da UTI quanto pela equipe responsável pelo pedido de consentimento da doação de órgãos. Sque, Long e Payne (2009) consideram que a

percepção da família acerca do cuidado prestado pela equipe ao familiar hospitalizado é um dos fatores influenciadores na decisão favorável ou não quanto à doação de órgãos. Salienta-se a importância do papel da equipe ante a família e a importância de sua avaliação diante do trabalho prestado no hospital. Isso sem considerar o valor do pedido feito pela equipe: aceitar doar um órgão pode ser, para a família, algo muito caro, afinal o corpo é o elo, é o contato que ainda resta com aquele ente.

Nesse sentido, o tema se abre para uma nova discussão: como deve ser composta a equipe que requer os órgãos à família? Parte da equipe entende que a concessão dos órgãos é facilitada quando existe uma relação constituída e de confiança entre equipe e familiares, e que isso sustenta a relação (e a doação) mesmo que, durante toda a hospitalização, o atendimento prestado ao paciente não tenha sido tão excepcional:

... relação ela é construída, né... Ela não é apresentada e aceita de imediato... E é por isso que eu falo da importância de ter alguém que seja o acompanhante horizontal do caso... Tu tenha... Não vertical: “hoje sou eu que to aqui”. Tem que ter alguém que seja referência pra família... De confiança... Quando essa pessoa existe não tem problema... O problema surge quando não tem a referência, o problema surge quando se suspeita que alguma coisa às vezes fora do começo, foi mal com atendimento do paciente (15M)

Assim, alguns dos profissionais defendem a existência do que chamam de “acompanhante horizontal”: um profissional acompanhante do caso desde a hospitalização do paciente, completamente informado e ciente do andamento de seus exames. Seria alguém em quem a família confiaria para tratar, inclusive, sobre a dúvida entre doar ou não os órgãos de seu familiar. Nesse mesmo sentido, Knih, Schirmer e Roza (2011) elencam uma série de atributos necessário ao profissional responsável pelo processo de transplante: além de conhecer fisiologia, anatomia, leis, bioética, precisa de

habilidade para manter o potencial doador e um toque especial no cuidado à família enlutada.

Questiona-se a exigência dessa precondição a cada profissional. Como esperar que todos os profissionais tenham todos tais atributos? Essa condição “ideal” seria possível em se considerando uma equipe, multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, e psicólogos, dentre os demais profissionais envolvidos. Apesar de estudos como o de Sque, Long and Payne (2009) salientarem a importância dos requisitos dos profissionais e para as necessidades emocionais das famílias, em poucos trabalhos surgem psicólogos como componentes de equipes envolvidas com o processo de transplante. Seria resultado da carência desses profissionais no âmbito dos transplantes ou do déficit de estudos contemplando a formação das equipes?

Todavia, considerar a necessidade do acompanhamento da família por um “profissional horizontal” não seria unanimidade. Outros profissionais, envolvendo tanto médicos e enfermeiros, entendem que o processo deve continuar como estabelecido pelo Sistema Nacional de Transplantes. Ou seja, que a abordagem da família para o consentimento da doação de órgãos deve ser feita por uma nova equipe, em função de uma suposta dúvida da família em relação ao empenho da equipe. Alguns profissionais afirmam que a família recearia o apressamento do diagnóstico de morte pelos médicos caso soubessem que o paciente é doador. Por isso, eles entendem que a equipe deve ser completamente desvinculada do processo de cuidado/manutenção do potencial doador. Além disso, a equipe não se sente plenamente à vontade e subsidiada para sustentar o discurso de morte encefálica e doação de órgãos com os familiares. Mais difícil ainda quando esses apresentam dúvidas e argumentos contrários. A ideia de que os profissionais não estão suficientemente (in) formados e à vontade para sustentar o tema

morte e assuntos relacionados também é trazida por Lima e Buys (2008), enfatizando o endeusamento da tecnologia a serviço do afastamento da realidade da finitude.

A ocorrência de finitude mobiliza inclusive a equipe encarregada de cuidar do paciente. Assim, como sustentam alguns profissionais, contar com a comissão encarregada pela busca de consentimento dos familiares para a doação é confortável para a equipe da UTI, já que podem se manter mais afastados da dor da família e da possível identificação com a sua situação.

... eu não faço parte do “chicote”, mas uma coisa boa é que a gente não precisa se envolver nessa abordagem pra família... [...]... Então a gente fica por fora, sabe (?), a gente fica como um serviço de apoio pra eles, né... O pessoal vem... Então, quem comanda é eles, eles que fiquem, sabe (?) e que fazem isso... E eu acho assim ó, a princípio, pra eles também é uma coisa b... Acredito que boa. Pra gente é confortável. Chega lá e quem tem que fazer essa parte não ser a gente (16E)

A parte, talvez a mais difícil do processo em função das próprias dúvidas da equipe, está a cargo do comitê. Dessa forma o não confronto com a família mantém a equipe em sua zona de conforto.

... a abordagem à família, naqueles casos assim que o paciente possa ser doador, ela não é feita por nós... Ela é feita pela equipe de transplante... Até pra minimizar (riso) esse impacto e se possibilitar que se consiga mais doadores (13M)

Além disso, o auxílio prestado por líderes eclesiais mostra-se importante para a equipe no convencimento da família quanto à doação de órgãos. Os profissionais médicos e enfermeiros não prescindem de considerar a abrangência da religião na concepção de morte e do transplante. Além do diálogo para o convencimento à doação de órgãos, alguns profissionais citam a busca por autoridades eclesiais, já que o

aspecto relacionado às crenças e à religião costuma afetar sensivelmente a decisão da família:

... mais de uma vez quando trabalhava em captação, tive que chamar autoridades eclesiais pra me ajudar com a captação, na abordagem, né, porque a... A doação esbarrava em alguma coisa da religião, digamos assim, da orientação religiosa...

(15M)

Os profissionais enfatizam que eles próprios são influenciados pela consideração da religião sobre o processo. No entanto, colocam em evidência certa dúvida quanto a esse envolvimento de religião e ciência:

... a própria equipe já, e a família é muito ligada nessa questão religiosa, é chamado um padre pra orientar durante o processo de doação. Mas assim ó, as equipes têm tido uma postura muito transparente, assim ó muito ética, assim ó, eu acho que tá todo mundo com a consciência muito tranquila, porque se deixa as famílias muito à vontade. (14M)

A ênfase dada pelo profissional está relacionada com a postura ética da equipe diante da família, a quem é possibilitado o direito de escolha quanto a doar ou não. Tal ênfase pode acentuar, no entanto, que o auxílio do líder religioso seria tendencioso no sentido de convencer a família favoravelmente ao processo. Pontua certa oposição entre atitude ética da equipe e o auxílio de um líder religioso, que, de alguma forma, reforçaria a ideia da doação de órgãos. Isso entra em conformidade com os trabalhos de Erdogan et al (2002), Lopes (2009), Shabanzadeh et al (2009) e Cantídio et al (2011), que salientam a importância da religião na tomada de decisão quanto a doar ou não órgãos e tecidos.

Parte dos profissionais indica que a igreja católica e espiritismo são favoráveis à doação de órgãos. Todos os profissionais que se disseram espíritas tendem favoravelmente à doação. Um profissional, católico, se disse doador, considerou que sua família, católica, mesmo sabendo da simpatia da igreja pela questão dos transplantes, seria contrária à doação de órgãos.

Assim, a postura frente ao processo de doação de órgãos é fruto tanto de questões religiosas, como também de todo um contexto cultural. Os profissionais elencam certas fantasias relacionadas ao processo, e que o deturpariam causando uma queda nos índices de doação. De acordo com eles, existe entre a população a ideia de que os médicos apressariam a morte do paciente potencial doador, ou deixariam de lhe oferecer tratamento por interesse nos órgãos. O receio quanto à negligência diante do paciente em morte encefálica ou à prática da eutanásia povoa, nesse sentido as fantasias em relação ao processo de doação: “leitura de que a família possa ver errado que a gente deixou morrer pra conseguir o órgão, ou esse potencial conflito de interesses que possa existir, né, na tomada de condutas médicas” (15M). Ou ainda:

... conversando com outras pessoas que não são da área existe uma ilusão de que nós apressaríamos a... O óbito ou a constatação do óbito pra que pudéssemos nos beneficiar dos órgãos dos pacientes... Então existe essa coisa de que... Talvez se o paciente fosse doador nós não teríamos tanto critério pra diagnosticar a morte encefálica... Então as pessoas têm medo que não se ofereça tratamento que esse paciente poderia receber (4M)

Porém, não é particularidade dos familiares a fantasia da eutanásia em pacientes em morte encefálica. Alguns profissionais entrevistados também revelam o entendimento de que um paciente em morte encefálica não doador deve ser mantido em ventilação, assim como recebendo dieta, para que a retirada dessas medidas não leve o paciente à

morte. Evidencia-se uma falha bastante grave no conhecimento ou na percepção do profissional que sustenta emite esse parecer, já que o paciente já fora detectado, volta-se a salientar, em morte encefálica. Isso diz de uma dúvida que vai além do conhecimento científico da morte encefálica e atinge a representação social da morte, que neste contexto é a de morte cardiorrespiratória. A permanência de um paciente em morte encefálica na UTI até a parada cardiorrespiratória seria motivada por esse raciocínio.

Dessa forma, a entrada de uma nova equipe para trabalhar a questão da doação de órgãos com a família previne a possibilidade de desconfiança em relação à veracidade da morte e ao interesse da equipe médica pelos órgãos. O contato e o pedido de consentimento dos órgãos, em outras épocas, como relatam alguns entrevistados, era feito pela própria equipe responsável pela tentativa de salvar o paciente, porém não surtia resultados favoráveis.

... o hospital se empenha pra isso, tem uma equipe organizada, tentou amenizar o impacto negativo: no começo eram... Nós que abordávamos a família pra perguntar se eram ou não eram... E como a gente não tinha treinamento pra isso, às vezes o tiro saí pela culatra... Aí eles resolveram assumir essa... Essa (riso) essa tarefa... (13M)

Conversas temperadas com ansiedade e dúvidas enfraqueciam o trabalho da equipe e colocavam a perder todo empenho inicial na manutenção do potencial. A equipe indica que o vínculo afetivo com o paciente e com a família não facilitava o diálogo sobre a doação. Ainda, a dificuldade de conseguir o consentimento da família vinha em função de contrariedades pessoais do profissional ao processo ou por defendê-lo como veemência. Isso, como demonstra também o estudo de Knihs, Schirmer e Roza (2011), dificulta o acolhimento da família e a comunicação da má notícia. Por essa razão, a

defesa da ideia de uma equipe aparte que, suficientemente treinada, contate a família enlutada.

De acordo com a equipe, esse contato especializado surte mais efeitos positivos para a efetivação do processo. Além disso, se tem visto em alguns estudos (Sque, Long & Payne, 2009) a importância dada pelo familiar à abordagem feita pela equipe no hospital, e seus reflexos nos índices de doações. Famílias, sentindo-se bem acolhidas pela equipe, são, de acordo com os autores, mais favoráveis e consentem em maior número a doação de órgãos do que famílias insatisfeitas.

Ao posicionarem-se como familiar do potencial doador, os profissionais titubeiam em relação à doação de órgãos de parentes, não se posicionam prontamente favoráveis à doação, mostrando receio quanto ao processo. De acordo com Erdogan et al (2002), quase metade dos profissionais entrevistados expressam a dificuldade de se posicionar diante do processo caso venha a ocorrer com familiares, concluindo que só será possível responder se acontecer. Diante disso, como esperar que a família, distante dos bastidores, e sensível ao silêncio da equipe, possa acreditar na equipe, quando nem alguns dos próprios colegas dão crédito ao diagnóstico e à prática do médico da equipe? A equipe, no entanto, entende que a comissão encarregada pela busca de consentimento dos familiares para a doação faz um bom trabalho. Alguns (três) dos membros do comitê são profissionais da UTI, e incentivam a equipe a realizar o processo:

O pessoal principalmente dos enfermeiros tem dois ou três que trabalham na CTI que fazem parte do comitê intra-hospital de captação de órgãos também, então ah são pessoas que que que levam isso adiante, assim, que tão constantemente ahh tentando abrir protocolo daqueles pacientes que são candidatos, e que estimulam esse tipo de comportamento. O pessoal é engajado (7M)

No fragmento acima, o profissional sustenta que os membros da comissão (para a busca de consentimento dos familiares) vinculados a UTI é que levam adiante o processo na unidade. Surge a dúvida: estaria a UTI pronta para tocar o protocolo de morte encefálica, ou dependeria da estreita ligação com a central estadual de transplante para levar adiante o processo? Dado o contato mais imediato entre a comissão encarregada pela busca de consentimento dos familiares para a doação e a Central de Transplantes, entende-se que isso traga à primeira o assunto ao primeiro plano, dedicando atenção e investimento ao assunto.

No hospital estudado, mais um dificultador, de acordo com os profissionais, consiste na rotatividade de pessoal da equipe da UTI: como é um hospital universitário, serve para a formação de profissionais, sendo esperado e necessário que aconteça o rodízio de pessoal. Tendo à frente profissionais de plantão e residentes, a postura frente aos pacientes em morte encefálica muda de acordo com a equipe responsável pelo turno. Dessa forma, como refere um profissional médico, a realização do protocolo depende do desejo da equipe, sendo, portanto, inconstante, pouco rigorosamente realizado na unidade. De acordo com a equipe, muitas vezes a necessária rotatividade acontece em detrimento do paciente.

E a gente nota que é bem bem dependente da da equipe, do ímpeto da equipe naquele momento assim; quanto mais a equipe tá engajada assim na abertura dos protocolos e na preservação dos pacientes no curso da abertura dos protocolos de morte encefálica, conseqüentemente se leva a cabo, se termina, se conclui mais protocolos e se tem mais doações [...] a gente nota assim que quando são turmas que abraçam mais essa causa, a coisa acontece mais (7M)

Mesmo com a existência do protocolo, a própria equipe duvida do rigor na realização do diagnóstico. O diagnóstico, de acordo com a equipe, é atribuição dos

médicos; alguns enfermeiros, entretanto, desconfiam do resultado ao julgar a forma como fora realizado. Nesse sentido, a dúvida vai além da fantasia de que a morte encefálica não seria a morte, mas traz elementos de realidade quando atribui a dúvida também à forma como é diagnosticada. O diagnóstico de morte encefálica depende de um protocolo constituído de dois exames clínicos e um exame de imagem. Os exames clínicos devem ser realizados com intervalo geralmente de seis horas entre um e outro, e por profissionais diferentes (um deve ser realizado por neurologista). Se o resultado do segundo exame for positivo, prossegue-se o protocolo com o exame de imagem, realizado por radiologista. Porém, nem sempre a prática segue o que recomenda o Conselho Federal de Medicina (CFM, 1997) , e as dissonâncias da equipe são trazidas no discurso, que elucida a ideia de cisão entre médicos e enfermeiros.

... e a gente mesmo aqui na UTI às vezes questiona, né: pô, alguns pacientes estão com morte encefálica, e daí depende do profissional que avaliou... Será que avaliou bem? Será que avaliou direito? Será que realmente tá em morte encefálica? (11E)

Os entrevistados relatam que a insegurança diante do diagnóstico é realçada pela dificuldade de realizar os exames de imagem. Segundo comentam, muitos protocolos são interrompidos em virtude do horário de funcionamento do serviço de radiologia. A obsolescência dos aparelhos disponíveis também põe em dúvida o resultado do exame.

Dessa forma, a própria equipe, com respaldo da falha infraestrutura e da forma como se organiza o processo, acaba por desacreditar dele. A ponto de o consentimento da doação de órgãos de um familiar por um colega causar espanto aos demais:

... inclusive a gente teve até uma colega [...] Que o familiar internou, né... Acabou tendo morte encefálica, foi doador... Então foi uma situação muito interessante, [...] **admirável** [grifo nosso] também, né, da pessoa que tava aqui, assim da maneira como foi firme, né, conseguiu, acreditou realmente naquilo (6E)

Por que a surpresa? Isso não seria mais que esperado? Além disso, o trecho pertence a entrevista de um membro da comissão encarregada pela busca de consentimento dos familiares para a doação que, trabalhando com morte encefálica, conhece todos os trâmites, processo e protocolo. Por que duvidar? A admiração expressa seu próprio descrédito em relação ao processo. Ainda, duvida da atitude porque talvez não tomasse a mesma decisão diante de o caso de familiar próprio. A visão pessoal considera a situação pelo lado afetivo, questionando o saber científico e analisando a situação a partir do que se conhece culturalmente como morte.

Considerações finais

O processo de doação de órgãos mostra-se ainda permeado por dúvidas mesmo entre os profissionais de uma unidade de terapia intensiva. Isso significa que mesmo o conhecimento científico e o treinamento da equipe não são suficientes para constituir a representação em torno do processo de transplantes. O contexto cultural, as concepções religiosas e as fantasias relacionadas ao tema constituem substrato para a representação social da doação de órgãos assim como da morte. A resistência da equipe diante do processo e em função da concepção da morte é algo que passa despercebido pela equipe, mas que acaba fazendo diferença nos índices de doação e transplante. Surge com bastante intensidade a ideia de que muitos profissionais, ainda resistentes ao processo, não colaborariam para o seguimento do protocolo. Nesse caso, a confiança acerca do processo, e conseqüentemente os índices de doadores, é abalada por mal entendidos que povoam o pensamento até mesmo da equipe. Essa, por sua vez, entende que sua prática é dificultada por tais falhas e que o desempenho diante da família doadora, quando da busca pelo consentimento, é prejudicado. A equipe entende que, por ora, deve tentar proporcionar ao familiar a sensação de coesão a fim de que se

possibilite o incremento nos índices de doação, apesar de permanecerem como equipe permeados de dúvidas quanto ao processo, e sem um posicionamento claro diante da doação de órgãos de familiares.

Nesse sentido, é interessante que se abram possibilidades de diálogos entre as equipes que trabalham com a captação de órgãos a fim de que mal entendidos sejam dirimidos. Com isso, a informação repassada a população passa a ter mais relação com aspectos da realidade e são cada vez menos permeados por fantasias que desvirtuam o processo de transplante.

Além disso, sugere-se que o protocolo de morte encefálica utilizado no Brasil seja publicizado, comentado e rediscutido, a fim de que as equipes cheguem a um consenso sobre sua realização. Nesse sentido, cabe salientar que a falta de uniformidade dos protocolos de morte encefálica praticados em todo mundo tendem a confundir a população em geral acerca do processo. Essa multiplicidade de maneiras de chegar ao diagnóstico de morte encefálica destoa em parte do conhecimento científico.

Em contraponto, espera-se que a própria formação das equipes seja permeada por uma noção mais sociocultural da morte, a fim de que se possa entendê-la como fase do processo vital, e no intuito de que seja mais assimilada à prática hospitalar, que atualmente pretende-se isolada do contato dos profissionais e muitas vezes dos próprios familiares que buscam a assistência médica. Ainda, almeja-se que as equipes sejam melhores formadas no que se refere ao processo de transplantes de órgãos, já que parece um tratamento bem aceito entre a população de receptores, e possibilita o recomeçar da vida de muitos doentes crônicos.

Referências

- Bifulco, V. A.; Iochida, L. C. (2009). A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. *Revista brasileira de educação médica*, 33, 1, 92-100.
- Bittencourt, A. L. P., Quintana, A. M., Velho, M. T. C. (2011). A perda do filho: luto e doação de órgãos. *Estudos de Psicologia*, 28, 4, 435-442.
- Cantídio, F. S., Vieira, M. A., Sena, R. R. de. (2011). Significado da morte e de morrer para os alunos de enfermagem. *Invest. educ. enferm*, 29, 3, 407-418.
- Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 1.480, 08 ago.1997. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 21 ago.1997. Seção I, 18.227.
- Erdogan, O. et al. (2002). Attitudes and knowledge of Turkish physicians about organ donation and transplantation. *Transplantation Proceedings*, 34, 2007-2008.
- Escudero, D. et al. Muerte Encefálica en Iberoamérica. (2009b). *Medicina. Intensiva*, 33, 9, 415-423.
- Grupo de Estudios sobre Muerte Encefálica, de las Sociedades Chilenas de Nefrología y de Trasplante. (2004). Muerte encefálica, bioética y trasplante de órganos. *Revista Médica Chile*, 132, 109-118.
- Knihs, N. S., Schirmer, J., Roza, B. de A. (2011). Adaptación del modelo español de gestión en trasplante para la mejora en la negativa familiar y mantenimiento del donante potencial. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 20, esp, 59-65.
- Kovács, M. J. (2008). Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*, 18, 41, 457-468.

- Lima, V. R.; Buys, R. (2008). Educação para a morte na formação de profissionais de Saúde. *Arquivos brasileiros de psicologia*, 60, 3.
- Lopes, A. G. de O. (2009). *Doação de órgãos: um estudo sobre produção de sentidos*. 122 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social)-Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Moraes, E. L. de, Massarollo, M. C. K. B. (2009). Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 2, 131-135.
- Morato, E. G. (2009). Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização. *Revista Médica de Minas Gerais*, 9, 3, 227-236.
- Rodriguez-Villar, C., et al. (2009). Attitude of health professionals toward cadaveric tissue donation. *Transplantation Proceedings*, 41, 2064-2066.
- Shabanzadeh, A. P et al. (2009). Organ and tissue donation knowledge among intensive care unit nurses. *Transplantation Proceedings*, 41, 1480-1482.
- Sque, M., Long, T., Payne, S. (2005). Organ donation: key factors influencing families' decision-making. *Tranplantation Proceedings*, 37, 543-546.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis, Editora Vozes.
- Vargas, M. A., Ramos, F. R. S. (2006). A morte cerebral como presente para a vida: explorando as práticas culturais contemporâneas. *Texto Contexto Enfermagem*, 15, 001, 137-145.