

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL
UFSC/UCS/UNIVATES/FEEVALE**

MÁRCIA FUHR

**O SIGNIFICADO DO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA
FAMILIARES PÓS-DOAÇÃO**

**FLORIANÓPOLIS
2006**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

© *Copyright* 2006 – Márcia Fuhr.

Ficha Catalográfica

F959s Fuhr, Márcia

O significado do processo de doação de órgãos para familiares doadores /
Márcia Fuhr — Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2006.
87 p.

Inclui bibliografia.

1. Saúde – Política Pública. 2. Doação de Órgãos – Família. 3. Bioética. I.
Autor.

CDD 22^a ed. – 362.178 309 2

Catalogado na fonte por Lidyani Mangrich dos Passos – CRB14/697 – ACB439.

MÁRCIA FUHR

**O SIGNIFICADO DO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA
FAMILIARES PÓS-DOAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade

Orientadora: Dra. Flávia Regina Souza Ramos

**FLORIANÓPOLIS
2006**

MARCIA FUHR

**O SIGNIFICADO DA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA FAMILIARES
PÓS-DOAÇÃO**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada na sua versão final em 31 de julho de 2006, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Presidente

Dra. Lucilda Selli
Membro

Dra. Cleusa Rios Martins
Membro

Dra. Lúcia N. Amante de Souza
Membro Suplente

Dra. Telma Elisa Carraro
Membro Suplente

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por conceder a oportunidade de vida e compartilhá-la com pessoas tão especiais;

Ao **Programa de Pós-Graduação de Enfermagem (PEN)**, pela oportunidade de obter o título de mestre e também aos professores e funcionários do Programa;

Aos meus **colegas de Mestrado**, pela acolhida, pelo apoio e confidências;

A **Universidade de Caxias do Sul**, pela oportunidade de buscar novos conhecimentos e novas maneiras de ensinar;

À co-orientadora, **Dda. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas**, que me acolheu com carinho e me orientou com competência, dedicação, tornando possível a realização deste trabalho. A ela meu respeito, admiração e meu eterno agradecimento;

À orientadora **Dra. Flávia Regina Souza Ramos**, pelo carinho, apoio, paciência, pelo incentivo e pela sabedoria;

Ao **Departamento de Enfermagem da Universidade de Caxias do Sul**, pela acolhida e oportunidade de compartilhar conhecimento com profissionais de uma outra área do Saber;

As **minhas colegas do Curso de Serviço Social** da Universidade de Caxias do Sul, pelo apoio e incentivo;

A minha colega e amiga **Fabiana Pioner** e **estagiárias** do Setor de Serviço Social do Hospital Geral de Caxias do Sul, pelo apoio e incentivo;

A minha **família**, pelo apoio e incentivo;

A **Associação dos Renais Crônicos de Caxias do Sul**, pela oportunidade de conviver e compartilhar lutas, sentimentos, conquistas e principalmente o altruísmo.

Dedico este trabalho aos doadores de órgãos e tecidos, seus familiares e a todas as pessoas que acreditam na VIDA.

FUHR, Márcia. **O significado do processo de doação de órgãos para familiares doadores.** 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós_Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. 87p.

Orientadora: Dra. Flávia Regina Souza Ramos

RESUMO

Este estudo constitui-se de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, realizada com cinco familiares de doadores de órgãos de um hospital público do interior do Estado do Rio Grande do Sul, com objetivo de conhecer a experiência vivida dos familiares sobre o processo de doação, no que se refere ao significado atribuído à doação, aos fatores que favoreceram e dificultaram a doação e ao processo de captação de órgãos. O processo de análise fundamentou-se nos princípios da bioética- beneficência, autonomia e justiça. Os dados obtidos foram através de entrevistas semi-estruturadas o que possibilitou a criação de três categorias de análises: A morte encefálica: é preciso confiar; a segunda, O decidir entre a doação e não doação: uma reflexão à luz da bioética; e a terceira, A família vivenciando a doação de órgãos: um conhecimento em construção. O estudo possibilitou a compreensão do processo de captação de órgãos sob ótica dos familiares doadores.

Palavras chaves: política pública, doação de órgãos, bioética, família.

FUHR, Marcia. **El significado del proceso de donación de órganos para familiares donadores**. 2006. Disertación (Magíster en Enfermería) Programa de Pós_Grado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006, 87p.
Orientadora: Dda. Flávia Regina Souza Ramos

RESUMEN

Este estudio es una investigación exploratoria y descriptiva de planteo cualitativo, realizada con cinco familiares de donadores de órganos de un hospital público del interior del Estado do Río Grande do Sul, tiene como objetivo conocer la experiencia vivida de los familiares en el proceso de donación, en lo que se refiere al significado atribuido a la donación, a los factores que favorecerán y dificultarán la donación y al proceso de búsqueda de órganos. El proceso de análisis se fundamentó en los principios de bioética- beneficencia, autonomía y justicia. Los datos obtenidos fueron a través de entrevistas semi-estructuradas lo que posibilitó la formación de tres categorías de análisis: la primera; La muerte encefálica: es preciso confiar; la segunda, El decidir entre la donación y la no donación: una reflexión a la luz de la bioética; y la tercera, La familia viviendo la donación de órganos: un conocimiento en construcción. El estudio permitió la comprensión del proceso de búsqueda de órganos bajo la óptica de los familiares donadores.

Unitermos: política pública, donación de órganos, bioética, familia.

FUHR, Márcia. **The meaning of organs donation process for donor family**. 2006. Dissertation (Master's degree in Nursing) Postgraduate Program in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006, 87p.
Advisor: Flávia Regina Souza Ramos

ABSTRACT

This study constituted in exploratory and descriptive research with qualitative approach, accomplished with five donor family's in a public hospital from outside of the State of Rio Grande do Sul, the main objective was knowing about experiences lived while the donation process, Regarding to the meaning attributed to the donation, favorable and difficult factors of donation and the process of reception organs. The process of analyzes was based from the principle of bioethics, autonomy and justice. The obtained data were through semi-structured interviews that made possible the creation of three categories of analyze: At First; The cerebral death: it is necessary to be trust; the second decide among the donation and no donation: a bioethics reflection; and the third, the family living the donation organs: construction knowledge. The study made possible the understanding of the process of reception organs under optical relative's donors.

Key words: public politics, organs donation, bioethics, family.

LISTA DE SIGLAS

ABTO – Associação Brasileira de Transplante de Órgãos

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVCH – Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico

AVCI – Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

CFM – Conselho Federal de Medicina

CIHDOTT – Comissão Intra-Hospitalar de Doação e Captação de Órgãos e Tecidos para Transplantes

CIHT – Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes

CNCDO – Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos

CSNT – Coordenação Sistema Nacional de Transplantes

ECO – Equipe de Captação de Órgãos

HG-FUCS – Hospital Geral- Fundação Universidade Caxias do Sul

IML – Instituto de Medicina Legal

ME – Morte Encefálica

MS – Ministério da Saúde

RBT – Registro Brasileiro de Transplante

RS – Rio Grande do Sul

SES – Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

SNT – Sistema Nacional de Transplantes

SUS – Sistema Único de Saúde

TCE – Traumatismo crânio-encefálico

TU – Tumor

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Exames complementares	22
Quadro 2: Caracterização do doador, segundo sexo, idade, ocupação profissional, causa da morte e familiar entrevistado	42

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	09
LISTA DE QUADROS.....	10
INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 Doação e transplante de órgãos - a realidade brasileira	16
2.1.1 A evolução histórica da política de doação de órgãos e transplantes.....	17
2.1.2 Estrutura e processo de doação de órgãos	19
2.1.3 Estrutura funcional	20
2.1.4 Critérios de determinação da morte encefálica	21
2.1.5 Protocolo de conduta para doação de órgãos	23
2.1.6 Comissão intra-hospitalar de doação e captação de órgãos e tecidos para transplantes	24
2.1.7 Entrevista familiar	26
2.2 Bioética: conceitos e histórico	29
2.2.1 Bioética: perspectiva anglo-americana e européia e a busca de uma construção latino-americana	33
2.2.3 Bioética e a Doação de órgãos.....	36
3 METODOLOGIA.....	40
3.1 Tipo de estudo	40
3.2 Local de estudo.....	41
3.3 Sujeitos do estudo	42
3.4 Coleta de dados	42
3.5 Análise dos dados.....	44
3.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	45
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	46
4.1 Morte encefálica: é preciso confiar!.....	48
4.2 Decidir entre doação e não-doação: uma reflexão a luz dos conceitos da Bioética	53
4.3 A família vivenciando a doação de órgãos: um conhecimento em construção	62
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICES	79
ANEXOS.....	82

INTRODUÇÃO

A minha aproximação com o tema doação de órgãos foi em 2001, após convite de um profissional médico nefrologista para participar da formação de uma equipe multidisciplinar. Essa equipe teria o desafio de implantar o processo de captação e doação de órgãos no hospital público onde eu trabalhava. Nesse ano, foram realizadas diversas reuniões com a equipe, a fim de estruturar rotinas e protocolos para a captação de órgãos. Articulada a essas ações técnicas, foi desenvolvida uma campanha de doação de órgãos, envolvendo voluntários e membros da comunidade que se identificavam com a questão.

Em setembro de 2002 foi oficializada a equipe de captação de órgãos do hospital, composta por médico, enfermeira, psicóloga e assistente social e, também, lançada a campanha de doação de órgãos “Doar Órgãos é Dar Vida à Vida”, com apoio da imprensa local e regional (Anexo A).

Ainda em outubro de 2002, fui convidada pela direção do hospital para assumir a coordenação da equipe de captação de órgãos e, posteriormente, participei da capacitação, por meio do Ministério da Saúde (MS), para desempenhar a função de coordenadora Intra-Hospitalar em um hospital público da cidade de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul-RS.

O processo de captação de órgãos inclui desde o primeiro diagnóstico de morte encefálica pelo médico intensivista ou neurologista até a retirada de órgãos e entrega do corpo à família. Esses processos são todos normatizados por portarias específicas, e cabe a cada hospital padronizar rotinas internas baseadas no campo legal.

O Ministério da Saúde, mediante diversas portarias e decretos, vem estimulando a terapêutica de transplantes, especialmente com atenção à doação de órgãos. Para estimular e efetivar as captações de órgãos, foi promulgada

(UTI), do Tipo II e III, em hospitais pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes sofreu alterações na nomenclatura com a Portaria 1.753/2005, do MS, passando a ser denominada Comissão Intra-Hospitalar de Doação e Captação de Órgãos para Transplantes, ou como usualmente é denominada Equipe de Captação de Órgãos (ECO). Tem como funções: identificar o potencial doador, realizar abordagens com os familiares e articular ações do hospital com a central de transplantes de cada estado.

Para adequar o hospital público em que trabalhava às exigências do MS, referente à captação, mais especificamente à Política Nacional de Transplantes, houve capacitação interna da equipe de captação. Porém, durante esse processo, surgiam indagações, dúvidas, sentimentos ambíguos sobre a decisão e o ato de doar ou não e, especialmente, sobre a abordagem à família no momento da perda de um familiar.

Um fator importante que auxiliou na compreensão desse processo de captação, doação e transplantes foi minha aproximação com os pacientes renais crônicos, por meio da Associação dos Renais Crônicos de Caxias do Sul (RIMVIVER). Participam dessa associação pessoas transplantadas e pacientes com doenças renais que realizam hemodiálise. A convivência com os associados, através de ações educativas como palestras e programas de rádio, foi fundamental para a defesa e credibilidade do trabalho de captação de órgãos.

O primeiro diagnóstico de morte encefálica em paciente no referido hospital público, isto é, de um potencial doador, após os treinamentos e capacitações, foi no mês de novembro de 2002. Naquele momento, além de seguir as rotinas estabelecidas na Central de Transplantes, o fato de contar com o envolvimento de médicos intensivistas, da equipe de enfermagem e dos funcionários do laboratório, tornou-se real a presença de um outro ator nesse cenário, a família.

A família deveria ser abordada sobre a vontade de o paciente em ser doador de órgãos, no mesmo momento em que recebia a confirmação do segundo exame de morte encefálica (ME). A morte já estava presente, e havia a possibilidade de salvar outras vidas. Cabia, pois, a realização da abordagem familiar, a entrevista com os filhos da paciente, de 54 anos, a fim de solicitar a doação de órgãos. Sendo minha primeira abordagem familiar, senti insegurança, ansiedade e sentimentos não

controlados pelas rotinas e protocolos, pois, apesar de minha formação ser assistente social, que trabalha essencialmente com entrevista e técnicas de entrevista, estava diante do real limite representado pela morte. Sentia os meus próprios limites frente uma demanda de intervenção profissional num momento de finitude, o momento da morte, para um e de expectativa de vida para outros pacientes.

Na ocasião, a enfermeira da Unidade de Tratamento Intensivo encaminhou os filhos da paciente para a sala do Serviço Social e, enquanto pensava como iria começar a entrevista, eles chegaram e verbalizaram: “É aqui que se assina para doação de órgãos? A minha mãe era doadora. Queremos fazer a vontade dela”. Percebi nesse atendimento a importância da informação, do conhecimento prévio sobre doação de órgãos e de como, apesar da dor, a família pode tomar decisões movidas pela solidariedade, sentimento muitas vezes otimizado em uma comunidade.

A partir dessa captação, surgiram várias situações de abordagens familiares, e as entrevistas foram sendo aprimoradas pela experiência e pelo conhecimento teórico da técnica e dos diversos elementos e atores que compõem tal cenário.

Na instituição onde trabalho, as famílias dos doadores são acompanhadas durante todo o processo de captação e de retirada, até a entrega do corpo, mas outras instituições hospitalares não contemplam esse tipo de acompanhamento. Após a retirada dos órgãos, geralmente os familiares não têm mais contato com a equipe de captação e, por outro lado, a equipe desconhece a experiência dessas famílias que participaram do processo de captação.

É importante compreender a doação de órgãos na perspectiva dos familiares pós-doação, pois, passado o momento da decisão, o processo da perda e do luto continua e outras vivências e reflexões podem mudar percepções e significados sobre o passado vivido e, até mesmo, sobre o significado e a decisão da doação. É importante ouvir esses familiares sobre suas vivências, durante o processo de captação, na retirada e após os rituais religiosos; sobre as relações que tiveram com a equipe nesse processo: como foram tratados, cuidados e respeitados (ou não), enfim, saber da experiência da doação na perspectiva daqueles que são tão rapidamente esquecidos pelos protocolos técnicos.

Assim, a relação com essa família precisa ser compreendida para que a equipe

possa não apenas abordar adequadamente os familiares no momento da doação, mas ter uma escuta mais atenta, relações mais humanas, baseado nos princípios da bioética e realmente desenvolver uma atenção mais cuidadosa com estes sujeitos, por mais breve que possa ser o contato. Os familiares serão porta-vozes desse processo na comunidade, refletindo seus sentimentos com base em suas vivências positivas ou negativas na doação. Assim, o desafio está em analisar a experiência de familiares doadores pós-processo de doação, a fim de conhecer e identificar elementos que subsidiem reflexões e atuações profissionais frente a essa problemática.

A relevância do tema de captação de órgãos na sociedade contemporânea é de grande valia para aqueles que necessitam da terapêutica dos transplantes, pois a doação e o transplante, na realidade têm início e término na sociedade, que fornece os órgãos e deles se beneficia (GARCIA, 2000).

Neste viés, tratar-se-á dos objetivos deste trabalho:

- conhecer a experiência vivida e a percepção dos familiares do doador sobre o processo de doação, no que se refere a significados atribuídos à doação, aos fatores que favoreceram ou dificultaram a decisão e o ato da doação de órgãos, a atuação da equipe e o processo de captação de órgãos;

- conhecer a experiência de familiares de doadores de órgãos, na perspectiva dos próprios sujeitos, pós-processo de doação.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Doação e transplante de órgãos - a realidade brasileira

A sociedade brasileira, a partir da Constituição de 1988, adquire inúmeras conquistas no que tange à política de saúde pública, enquanto ampliação e manutenção dos direitos. No caso específico da política de saúde, quanto o próprio conceito de saúde passa a ser mais abrangente, reconhecendo como fatores determinantes e condicionantes, entre outros: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais, pois os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica de seu país.

O Sistema Único de Saúde (SUS) mediante a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e das fundações mantidas pelo poder público (BRASIL, 1990).

O SUS é resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos, travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos. Representa uma conquista legal que somente se efetiva com projetos comprometidos com a esfera pública em detrimento da privada, ou seja, da mercantilização da saúde. Como fundamentos dessa concepção, destacam-se: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade e equidade nas ações. Sua premissa básica consiste na saúde como direito de todos e dever do Estado (PEREIRA; BRAVO, 2001).

Foram definidos como princípios doutrinários do SUS:

universalidade: o acesso às ações e aos serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independente de raça, sexo, ocupação, dentre outras características sociais e pessoais. A saúde passa a ser um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar esse direito.

equidade: garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceito ou

privilégios de qualquer espécie. É um princípio de justiça social.

integralidade: significa considerar as diferentes necessidades em saúde das pessoas. Pressupõe também a articulação das ações em saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação interdisciplinar e intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

E como princípios organizativos do SUS:

hierarquização: entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, referência e contra-referência;

participação popular: democratização dos processos decisórios, consolidados na participação dos usuários dos serviços nos chamados Conselhos Municipais de Saúde;

descentralização político-administrativo: municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor político - administrativo e financeiro do SUS.

É nesse cenário que a captação de órgãos e transplantes está inserida, baseada nas diretrizes do SUS e com legislações próprias de normatizações das ações e dos procedimentos para a captação de órgãos e realização de transplantes no Brasil. Nesse sentido, é importante conhecer a história, a estrutura e o processo e doação de órgãos e tecidos no Brasil, o que será apresentado a seguir.

2.1.1 A evolução histórica da política de doação de órgãos e transplantes

A legislação de transplantes no Brasil começou com a Lei 5.479, promulgada em 10/08/1968, para que pudessem ter início transplantes cardíacos. Nessa lei não havia proibição expressa ao comércio de órgãos ou alguma forma de controle sobre emprego do doador vivo não aparentado. Assim, durante muito tempo órgãos e tecidos foram comercializados (GARCIA, 2000). Mas, esse cenário se modificou com a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, que proíbe expressamente no art. 194, inciso 4, o comércio de órgãos e tecidos do corpo humano.

Após a Constituição Federal de 1988, foi promulgada a Lei 8.489, de 18 de novembro de 1992, e o Decreto Presidencial 879, de 22 de julho de 1993, que revogaram a Lei 5.479, anteriormente citada. De acordo com Garcia (2000), essa

legislação manteve a maioria dos itens da lei anterior e incluiu as seguintes regulamentações: tecidos, órgãos e partes do corpo humano são insuscetíveis de serem comercializados; considera a morte encefálica a morte definida como tal pelo Conselho Federal de Medicina e certificada pelo médico; permite à pessoa maior de idade e capacitada dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do corpo humano. Além disso, a doação fica limitada a parentes e cônjuges, sendo exigida a autorização judicial em outras situações, e torna obrigatória a notificação de morte encefálica, atribuindo ao Ministério da Saúde a expedição de normas sobre a organização das Centrais de Notificação das secretarias estaduais de saúde.

Em 4 de fevereiro de 1997, foi promulgada a Lei 9.434 (regulamentada pelo Decreto 2.268, promulgado em 30 de junho de 1997) que revogou a Lei 8.489 e o Decreto 879. De acordo com essa lei, permite-se a disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou *post-mortem*, para fins de transplantes; os transplantes somente poderão ser realizados por estabelecimentos de saúde públicos ou privados e por equipes médico-cirúrgicas previamente autorizadas pelo Ministério da Saúde; o diagnóstico de morte encefálica deve ser realizado por dois médicos, utilizando critérios definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina; o consentimento presumido passa a ser utilizado. A expressão “Não doador de órgãos e tecidos” deve constar na carteira de motorista ou na carteira nacional de habilitação; é proibida a remoção de órgãos, tecidos ou partes do corpo humano por pessoas não identificadas; é permitido à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos ou partes do corpo vivo para fins de transplante. É exigido o consentimento expresso do receptor antes do transplante; é proibida a veiculação de anúncio que configure publicidade de estabelecimentos autorizados a realizar transplantes, de apelo público no sentido de doação para pessoa determinada e de apelo público para a arrecadação de fundos para financiamento de transplantes; é obrigatória a notificação de morte encefálica para as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (BRASIL, 1997).

Segundo Garcia (2000), o consentimento presumido teve grande repercussão na imprensa, causando controvérsias na população e sendo criticado pela maioria dos representantes de entidades médicas. Assim, em 6 de outubro de 1998, é promulgada a

Medida Provisória 1.718, que exige consentimento familiar, revogando, portanto, o consentimento presumido, mas mantendo a negativa da doação em documento de identidade.

A Lei 10.211, de 23 de março de 2001, alterou dispositivos da Lei 9.434, estabelecendo que as manifestações de vontade, relativas à doação de órgãos, constantes na Carteira de Identidade ou Carteira Nacional de Habilitação perdem sua validade e que a autorização de doação de órgãos deve ser dada pela família e ser assinada por duas testemunhas presentes (BRASIL, 2001).

A política de doação de órgãos e transplantes no Brasil apresenta evolução importante no contexto nacional, respeitando os avanços da Constituição Brasileira e os princípios do SUS. Dentre os princípios organizativos, destaca-se a descentralização das ações, como se verá a seguir.

2.1.2 Estrutura e processo de doação de órgãos

A Portaria 3.470, de 5 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde, dispõe sobre a Coordenação do Sistema Nacional de Transplantes (CSNT) e normatiza todo o processo de doação, captação, retirada e transplantes de órgãos e tecidos no Brasil, privilegiando os princípios do SUS.

A doação de órgãos e tecidos está prevista de duas formas: doação em vida e doação *post mortem*. A doação em vida caracteriza-se quando o órgão ou tecido (sangue) é de um doador vivo. A doação *post-mortem* caracteriza-se quando o órgão ou tecido é proveniente de um doador-cadáver. A remoção de órgãos acontece somente quando o paciente entra em morte encefálica, ou seja, pacientes que apresentam destruição completa e irreversível do cérebro, mas que mantêm, temporária e artificialmente, os batimentos cardíacos e a circulação sanguínea.

Salienta-se que no Brasil, o SUS custeia todos os gastos de doação e transplantes de órgãos. Entretanto, este contexto nem sempre foi assim. A doação e captação de órgãos eram realizadas no Brasil sem normatizações e prevalecia o fator econômico, além de haver alto índice de rejeição pós-transplantes.

Com o avanço tecnológico e principalmente do campo legal, atualmente estão

assegurado condições mais dignas de tratamento, bem como melhor eficácia nos transplantes, pela obrigatoriedade dos testes de compatibilidade entre doador e receptor e lista única.

A lista única é monitorada pela Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOS) de cada estado e tem a finalidade de distribuir os órgãos e tecidos para receptores, observando critérios de distribuição previamente estabelecidos. Representa a universalidade do acesso aos transplantes por meio do SUS, garantindo a equidade, isto é, garante igualdade no acesso ao tratamento, sem preconceitos e privilégios de qualquer espécie.

Cada estado do Brasil terá uma Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOS). Cabe salientar as diferenças territoriais e econômicas entre os estados brasileiros e, conseqüentemente, o grau de saúde e de acesso a determinados serviços, associados à dificuldade de implementação de CNCDOS em algumas partes do nosso país. No Rio Grande do Sul também é conhecida como Central de Transplantes do Rio Grande do Sul, e atua na coordenação das atividades de transplantes no âmbito estadual, sendo órgão subordinado ao Sistema Nacional de Transplantes (SNT), como abordado a seguir.

2.1.3 Estrutura funcional

O Sistema Nacional de Transplantes (SNT) tem, como atribuições, conforme Decreto 2.268, de 30 de junho de 1997:

- coordenar as atividades de transplantes, remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo;
- expedir normas e regulamentos técnicos para disciplinar os procedimentos estabelecidos no decreto;
- gerenciar a lista única nacional de receptores;
- autorizar estabelecimento de saúde e equipes especializadas a proverem retiradas, transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos e partes;
- avaliar desempenho do SNT;
- articular-se com todos os integrantes do SNT;

- difundir informações e iniciativas bem-sucedidas;
- credenciar centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos.

Além de gerenciar a lista única, as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOS) têm como incumbência:

- classificar as atividades de transplantes no âmbito estadual;
- promover a inscrição de potenciais receptores, com todas as indicações necessárias à rápida localização e a verificação de compatibilidade do respectivo organismo para o transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e partes disponíveis, de que necessite;
- classificar os receptores e agrupá-los, em ordem estabelecida pela data de inscrição, fornecendo-lhes o necessário comprovante;
- receber notificações de morte encefálica ou outra que enseje a retirada de órgãos e partes de transplantes, ocorridos em sua área de atuação;
- exercer controle e fiscalização das atividades desenvolvidas;
- comunicar ao órgão central do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) as inscrições que efetuar para a organização da lista nacional de receptores.

Além da normatização do funcionamento do processo de doação e de captação, é importante explicitar alguns elementos integrantes desse processo de captação de órgãos, que são fundamentais para o sucesso da doação, tais como: critérios de determinação da morte encefálica; protocolo de conduta para doação de órgãos; comissão intra-hospitalar e entrevista familiar.

2.1.4 Critérios de determinação da morte encefálica

A morte encefálica está regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina, através da Resolução 1.480, de 1997, que dispõe sobre os critérios de diagnóstico e padroniza as rotinas que devem ser adotadas pelos médicos, conforme abordado anteriormente (BRASIL, 1997).

O protocolo de MC exige dois exames clínicos, com intervalos diferentes entre as avaliações, conforme faixa etária do potencial doador (art. 5º, da Resolução CFM 1480/97) (BRASIL, 1997).

- 7 dias a 2 meses incompletos- 48 horas;
- 2 meses a 1 ano incompleto – 24 horas;
- 1 ano a 2 anos incompletos – 12 horas;
- acima de 2 anos- 6 horas.

Além desses exames clínicos, é necessária a realização de exame complementar, a fim de descartar qualquer equívoco no diagnóstico do potencial doador. O exame deverá demonstrar ausência de circulação sanguínea intracraniana, ou atividade elétrica cerebral, ou atividade metabólica cerebral (Art. 6, Resolução CFM 1480/97) (BRASIL, 1997).

O tipo de exame complementar a ser utilizado pelos hospitais dependerá dos recursos disponíveis, desde que integrem os exames complementares, definidos pela Resolução do CFM/97. Outro fator determinante, em relação ao tipo de exame complementar, a ser observado, a faixa etária, conforme o quadro 1.

Quadro 1: Exames complementares

Faixa etária	Exames complementares
Acima de 2 anos	1 exame: de ausência de atividade elétrica cerebral, ou ausência de atividade metabólica cerebral, ou ausência de perfusão sanguínea. Dentre os exames que podem ser utilizados estão: angiografia cerebral, tomografia por emissão de fóton único, cintilografia radioisotópica, EEG, entre outros.
De 1 ano a 2 anos incompletos	1 dos exames citados acima. Quando optar-se por eletroencefalograma, serão necessários intervalos de 12 horas entre um e outro.
De 2 meses a 1 ano incompleto	2 eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas entre um e outro,
De 7 dias a 2 meses incompletos	2 eletroencefalogramas com intervalo de 40 horas entre um e outro

Fonte:Resolução do CFM/97

Todos esses procedimentos referentes ao diagnóstico de morte encefálica, são devidamente registrados e assinados por diferentes médicos (intensivista e neurologista) que realizaram o diagnóstico, bem como os registros dos exames complementares são devidamente assinados e nos anexados aos prontuários.

Segundo o art. 9 da Resolução do CFM, constatada e documentada a morte encefálica, deverá o diretor-clínico da instituição hospitalar, ou a quem for delegado, comunicar tal fato aos representantes legais do paciente, se houver, e à Central de

Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos a que tiver vinculada a unidade hospitalar onde o doador se encontrava internado.

2.1.5 Protocolo de conduta para doação de órgãos

O processo de captação de órgãos é extremamente complexo e envolve diferentes profissionais e condutas. Para melhor visualização desse trabalho em hospitais, apresentado-se um modelo o protocolo de doação de órgãos de um hospital público. Cabe salientar que cada instituição tem a liberdade de criar suas rotinas. Porém, estas devem estar em consonância com a legislação vigente na área de doação de órgãos e transplantes, conforme legislações já citadas.

Protocolo para Doação de Órgãos:

- 1- Constatação clínica de ME realizada pelo intensivista da UTI:
 - notificar a Central de Transplantes;
 - comunicar o fato a coordenadora intra-hospitalar ;
 - médico deverá comunicar a família sobre estado clínico do paciente;
 - iniciar protocolo de manutenção do potencial doador;
 - designar técnico de enfermagem para cuidados específicos ao potencial doador;
- 2- o intensivista, após testes clínicos, preenche o protocolo de morte encefálica;
- 3- após 6 horas, o neurologista realizará exame neurológico (no caso de adulto e com intervalo diferenciado em crianças menores de 2 anos, conforme Resolução do CFM 148/97;
- 4- o neurologista preenche o protocolo de ME, carimbando e assinando o documento;
- 5- a família deverá ser comunicada sobre diagnóstico de ME, pelo neurologista e/ou intensivista. Nesse momento, serão fornecidas à família informações clínicas;
- 6- após, a equipe de captação de órgãos, por meio das assistentes sociais, realiza entrevista familiar, a fim de obter da família autorização para doação. Em caso positivo, é assinado o Termo de Consentimento (anexo B) para doação;

7- se a família optar pela não- doação dos órgãos, o protocolo de manutenção do potencial doador será interrompido, permanecendo apenas os cuidados clínicos até a falência dos órgãos;

8- a central de transplantes é comunicada sobre o resultado do segundo exame de ME e sobre a opção da família. É emitido também fax do protocolo de ME e, em caso de doação, o Termo de Consentimento (Anexo B) é assinado pela família;

9- o intensivista solicita o *kit* de exames laboratoriais padronizados para doação e exame complementar.

10- Após a Central de Transplantes é informada sobre o resultado do exame complementar, bem como enviado fax da avaliação. Se confirmado, a ME é acionado o Centro Cirúrgico do hospital são informados os familiares sobre a previsão de retirada dos órgãos;

11- a equipe de captação providencia no centro cirúrgico material necessário para captação (gelo, funcionários, lanche para os médicos captadores e equipe) e posteriormente os documentos referentes ao doador;

12- em caso de morte natural, o atestado de óbito será fornecido pelo plantonista, observando o horário do exame complementar;

13- em caso de morte violenta, o cadáver é necropsiado pelo Departamento Médico Legal (DML). Após o término da retirada dos órgãos no Centro Cirúrgico do hospital. Os cirurgiões devem descrever o procedimento de retirada e anomalias encontradas em relatório específico;

14- após o processo de captação, o corpo é encaminhado preferencialmente à funerária escolhida pela família;

15- se necessário, será acionado o plantão do cartório de registros para agilizar a documentação e liberação do corpo.

Obs: A família é informada e acompanhada durante todo o processo de captação pela coordenadora intra-hospitalar ou por membro da equipe (FUHR, 2001).

2.1.6 Comissão intra-hospitalar de doação e captação de órgãos e tecidos para transplantes

Foi estabelecido em 2000, pelo Ministério da Saúde, juntamente com o Sistema

Nacional de Transplante (em Brasília), a Portaria MS 905/00, pela qual os hospitais que possuam referência em atendimento de urgência e emergência nos tipos I, II e III e uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de médio e grande porte, e hospitais transplantadores ou que sejam credenciados para captação de órgãos, são obrigados a ter uma Comissão Intra-hospitalar de Transplantes, otimizando nos hospitais as doações (BARBOSA, 2003; FURTADO, 2003). Tal Comissão Intra-Hospitalar (CIH) é entendida como um grupo de profissionais vinculados a uma instituição hospitalar com tarefas de organizar e rotinizar o processo de detecção de pacientes para doação e captação de órgãos na sua instituição (SCHLINDWEIN, 2002). A CIH é considerada, atualmente, uma das peças fundamentais dentro de toda a estrutura do Sistema Nacional de Transplantes, tal qual o modelo bem-sucedido da Espanha, no qual está baseado o nosso.

Segundo Leonardelli (2002), a comissão é responsável por todo o processo de captação de órgãos, desde a identificação do potencial doador até o início do implante dos enxertos. Além de organizar o processo de doação em nível hospitalar, tem também atribuições de conscientizar os funcionários da instituição e a comunidade em geral mediante ações educativas.

Em 2005, a Portaria do Ministério da saúde 1.753, de 23 de setembro, determina a criação da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. Essa portaria modifica a nomenclatura da Comissão Intra-Hospitalares de Transplantes para Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) visando ao melhor processo de captação de órgãos e tecidos nos hospitais, principalmente nas instituições transplantadoras, e ainda articulação com Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) de cada estado.

Essa portaria responsabiliza as instituições hospitalares pela educação continuada dos funcionários sobre aspectos das doações e dos transplantes de órgãos e tecidos, sendo contemplada na Portaria 1.753/05, por meio das Comissões Intra-Hospitalares. Também destaca os familiares enquanto sujeitos do processo e impõe aos hospitais a criação de rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no hospital a possibilidade da doação de órgãos e tecidos.

Ressalta também a preocupação com a entrevista familiar de solicitação e doação de órgãos e tecidos, realizada por funcionários dos hospitais, para capacitar os mesmos, em conjunto com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Sistema Nacional de Transplantes. Essa é a primeira regulamentação que destaca a entrevista familiar como pertinente ao processo de doação de órgãos.

2.1.7 Entrevista familiar

A entrevista é o método utilizado para abordar a família do potencial doador. O momento é também chamado de abordagem familiar. Geralmente acontece após o segundo exame de morte encefálica, onde é confirmada clinicamente a morte cerebral, e o paciente vira potencial doador, isto é, possui critérios e condições para ser um doador de órgãos.

Nesse contexto, as entrevistas têm o objetivo de oferecer a oportunidade de transformar a perda de um familiar em um ato nobre de doação, atenuando a dor e confortando familiares. O atendimento e o acolhimento requerem uma escuta à família, identificação das suas necessidades, independentemente de concordarem ou não com a doação de órgãos.

A entrevista é um diálogo entre duas pessoas, diálogo que é sério e tem um propósito. O objetivo da entrevista é auxiliar o entrevistado, que pode vir até nós livremente, procurando ajuda. Pode ser também contra a vontade, forçado pela lei ou por outros agentes, talvez por nós mesmos. Em qualquer caso, a questão principal para o entrevistador deve ser sempre a seguinte: qual será o melhor modo de ajudar essa pessoa? (BENJAMIN, 2002).

Apesar da intencionalidade da entrevista familiar ser a doação de órgãos, existem elementos importantes a serem considerados, tais como: a singularidade do núcleo familiar e as necessidades que apresenta no momento; as diferentes dimensões ético-políticas e culturais presentes no contexto familiar.

Para o desenvolvimento da entrevista, são necessárias algumas condições básicas, entre as quais pode-se citar o local adequado e profissionais qualificados. É importante, segundo Benjamin (2002, p. 21), “[...] proporcionar uma atmosfera que se

mostre mais propícia à comunicação”, isso envolve espaço que permite a proteção de fatores externos, como interrupções e interferências, além de condições adequadas aos familiares e profissionais envolvidos, demonstrando respeito à situação vivenciada e importância do processo de trabalho em questão.

Como é nesse momento que a família, principalmente por responsáveis pelo paciente são entrevistados e questionados sobre a doação, tal abordagem deve ser feita por profissionais qualificados, capacitados teoricamente, com domínio de todo o processo que envolve uma captação de órgãos, isto é, deve haver discernimento sobre o processo de doação de órgãos, legislações, conceito de morte encefálica, morte, relação familiar. Exige também observação, sensibilidade e respeito.

Durante a entrevista, podem-se destacar três estágios: abertura ou colocação do problema; desenvolvimento ou exploração e encerramento (BENJAMIN, 2002).

a) abertura da entrevista: Nessa fase, é situado o assunto ou problema, com o acolhimento à família. Deve-se explicitar o motivo da entrevista, o porquê de os familiares terem sido chamados, apresentação do profissional envolvido. É importante haver tal identificação, e situar posição do entrevistador naquele contexto. Também é necessário identificar os nomes dos membros e respectivo parentesco com o potencial doador.

b) desenvolvimento ou exploração do assunto: É o momento de compreender a dor da família, pela perda do ente querido e também abordar que é a única possibilidade de vida a outras pessoas que aguardam em listas de transplantes. O impacto da notícia vem seguido de uma solicitação de doação. Essa doação muitas vezes representa o ato de decidir pelo outro, sem sequer saber da sua vontade; outras vezes, é decidir pelo desconhecido, sem ter qualquer informação sobre o assunto. A família que tem conhecimento sobre doação de órgãos ou conhece a vontade do familiar de ser ou não doador sente-se mais segura no momento de decidir.

Dentre as dificuldades de aceitar a morte está o entendimento equivocado sobre a definição de morte encefálica e a dúvida sobre a morte real do familiar que parece vivo, porque seu coração ainda bate e seu corpo é mantido artificialmente por aparelhos. Isso cria insegurança e gera conflito entre os familiares acerca da decisão de consentir a doação, porque a maioria tem o sentimento de perda muito recente

(SABINI, 2004).

Conforme Sadala (2001,) é preciso esclarecer, previamente à solicitação de órgãos à família, sobre o que é a ME e métodos de diagnóstico, com linguagem acessível à compreensão, de forma a garantir-lhes uma escolha consciente e segura.

A assistência recebida durante a internação do paciente, até o diagnóstico de morte encefálica irá influenciar também na decisão pela doação. A insatisfação com o atendimento prestado durante a hospitalização, conforme Braz (2005), é um fator que a família vincula à decisão.

Portanto, entender e respeitar o conhecimento empírico dos familiares sobre o assunto e a capacidade de compreensão dos mesmos permitem captar suas representações e seus modelos de compreensão, atuando nas fragilidades, mitos ou no desconhecimento do tema.

Destaca-se também que a interação e a comunicação estabelecem confiança no processo. Segundo Ricard (2005), a comunicação não verbal contribui também na entrevista aumentando o grau de credibilidade da relação, dentre elas: contato físico, carícia, posição das mãos e harmonia nos gestos e do corpo.

c) encerramento: A fase de encerramento da entrevista compreende a tomada de consciência “consciência” dos participantes sobre o fato (BENJAMIN, 2002). Existe uma cumplicidade de ambas as partes. Especificamente na entrevista que visa à captação de órgãos, é importante à família ter tempo para decidir e conversar entre eles.

Sadala (2001) também se refere à importância de que o membro da equipe de captação oportunize tempo para que os familiares assimilem a morte do ente querido, e posteriormente, optem pela doação ou não.

A entrevista pode ser encerrada com a negativa familiar ou com assinatura do termo de doação (Anexo C) pelo familiar responsável e por duas testemunhas, conforme Lei 10.211/2001 (BRASIL, 2001) que prevê:

Art. 4º. A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes, ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida à linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte.

Conforme Sabini (2004), alguns estudos, revelaram que muitos familiares entendem que, aceitando a doação, estarão ajudando aquelas pessoas que estão na lista de espera aguardando por um órgão e que, quando tomam a decisão de doar, é porque entenderam como o processo se constitui, além de ter apoio na sua religião e nas suas crenças. Porém, outro tipo de consentimento observado pelos mesmos autores é aquele onde a decisão é tomada de forma passiva. Os familiares apenas concordam com a decisão de doar, porque são influenciados por outros familiares e não por uma decisão consciente e expressa livremente.

Em suma, o resultado final da entrevista familiar pode ser negativo ou positivo para a doação de órgãos, mas o importante neste momento é aceitar a autonomia da família com respeito, suprir suas necessidades e principalmente realizar uma ação ética.

2.2 Bioética: conceitos e histórico

A Bioética, definida como a ciência da sobrevivência, surge com a publicação 'Bioethics: a Bridge to the Future', em 1971, pelo cancerologista norte-americano Van Rensselaer Potter. A partir desse marco os avanços da Bioética são inegáveis, com publicações em periódicos e livros de diversos temas (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1988).

A Bioética pode ser definida como ética da vida. Vem do grego *bios* vida e *ethike*, ética. Ou também como disciplina da filosofia moral, que visa ao estudo sistemático dos aspectos morais e éticos ou da moralidade das tecnociências da vida e da saúde, à luz de valores e princípios morais (SCHRAMM, 2001). Ou, ainda, como estudo interdisciplinar da moralidade das ciências da vida e da saúde, pode ser o estudo que utiliza vários métodos. Inicialmente, a Bioética focalizava-se conceitualmente como uma questão ou um compromisso mais global frente ao equilíbrio e à preservação da relação dos seres humanos com o ecossistema e à própria vida do planeta. Segundo Hansel (2002), a Bioética surgiu no meio de pesquisas, em laboratórios de experimentação, fundamentando os cientistas nos avanços

tecnocientíficos e seus reflexos éticos para a sociedade.

Assim, o vocabulário da Bioética está na base de uma preocupação com a concepção que considera a Ética uma ciência dos fins, visto que o objetivo maior é a manutenção das condições necessárias para a sobrevivência da espécie humana, de forma responsável e sustentável (MINARÉ, 2002). Fala-se, então, em uma ética aplicada, que surge como resposta a problemas, sendo, pois, uma reflexão com base na realidade. A Bioética aborda esses novos problemas de forma original, secular, interdisciplinar, contemporânea, global e sistemática. Dessa forma, estimula novos patamares de discussão e de reflexão, que podem possibilitar soluções adequadas (GOLDIM, 2002).

Logo, é apropriado, aqui, fazer uma reflexão acerca das palavras *moral* e *ética*. A palavra *moral* tem origem no latim *morus*, que significa os usos e costumes; e a *ética* tem sua origem no grego *éthos*: conduta, hábito ou comportamento. O termo designa, em geral, ciência da conduta. No entanto, a palavra *ética* pode significar o que é costumeiro, aquilo que é habitual para as pessoas. A ética é semelhante em significado à raiz da palavra moral, *mos*, os costumes de um povo (ENGELHARDT, 1998).

A Ética e a Moral se referem às ações desenvolvidas pelos seres humanos. Enquanto a Ética busca as justificativas para as ações, a Moral e a Lei estabelecem regras para as mesmas. As regras morais têm, em geral, caráter universal, enquanto as leis se aplicam, de forma compulsória, a uma determinada comunidade organizada, dependente de uma cultura (GOLDIM, 2002).

A Ética apresenta duas concepções fundamentais. A primeira, a ética como ciência do fim, à que a conduta dos seres humanos deve se dirigir a dos meios para atingir tal fim. Propõe uma reflexão acerca do ideal a que o homem, pela sua natureza ou essência, deve se dirigir. A segunda, refere-se à Ética como uma ciência móvel, do que está fixo, destinada a dirigir ou disciplinar a conduta humana. A Ética sobre os motivos ou as causas que determinam a conduta, e se restringe ao conhecimento dos fatos (MINARÉ, 2002). Portanto, a Ética é o estudo do que é bom ou mau. Um dos objetivos dessa ética é a busca de justificativas para as regras propostas pela moral, pois a moral estabelece regras que são assumidas pelos indivíduos na sua forma de

viver. A moral garante uma identidade moral entre as pessoas, um referencial a seguir.

Em suma, é o conjunto de regras, princípios ou maneiras de pensar que guiam, ou chamam a si a autoridade de guiar as ações de um grupo em particular (moralidade), ou o estudo sistemático da argumentação sobre como nós devemos agir (filosofia moral), denomina-se ética.

E, foi a partir da publicação do livro *The Principles of Bioethics*, escrito por Beauchamp e Childress, em 1979, um ano após o relatório Belmont, que foi introduzida e ampliada a discussão sobre a fundamentação principialista da bioética, ou melhor, os princípios da Bioética: dois deles de caráter deontológico (não-maleficência e justiça) e dois de caráter teleológico (beneficência e autonomia). Na verdade, Beauchamp era membro do grupo do relatório Belmont. Nesse relatório, foram identificados três princípios: o respeito pelas pessoas (autonomia), beneficência e justiça (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1998).

O relatório de Belmont não distingue entre beneficência e não-maleficência, o que foi posteriormente realizado por Beauchamp e Childress. Os princípios elencados no relatório ou pelos autores Beauchamp e Childress propiciaram um esquema claro para uma ética normativa, que tinha de ser prática e produtiva e subsidiando, *a posteriori*, uma linguagem para falar com um novo público, formado por profissionais das diversas áreas da saúde.

O conjunto dos quatro princípios, devido à sua intensa utilização e grande aceitação, passou a ser chamado Mantra do Instituto Kennedy de Ética. O referencial teórico, pro posto por Beauchamp e Childress (1978), serviu de base para o que se denominou *Principlism* (principialismo, em português), ou seja, a escola bioética baseada no uso dos princípios como modelo explicativo (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

A autonomia é um termo derivado do grego *auto* (próprio) e *nomos* (lei, regra, norma). Significa auto-governo, refere-se à capacidade de o ser humano decidir sobre o que é *bom*, ou o que é *seu bem estar* (MUNÓZ; FORTES, 1998).

Por pessoa autônoma, o relatório de Belmont entendia o indivíduo capaz de atuar com conhecimento de causa sem coação externa. Esse princípio sinaliza a exigência do consentimento informado e de tomar decisões em substituição à pessoa

considerada incompetente ou incapaz, isto é, quando a mesma não tem autonomia suficiente para realizar a ação proposta (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1998).

No entanto, quando não há liberdade de pensamento, nem de opções, ou ainda quando não existe a liberdade de agir conforme a alternativa ou opção desejada, a ação empreendida não pode ser julgada autônoma (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1997). Assim, a “autonomia não deve ser convertida em direito absoluto, seus limites devem ser dados pelo respeito à dignidade e à liberdade dos outros e da coletividade, pois a ação individual não pode causar dano a outras pessoas e nem à saúde pública” (MUNÔZ; FORTES, 1998, p. 60).

No princípio da beneficência, o Relatório Belmont rechaça claramente a caridade. São formuladas duas regras de expressão complementares de atos de beneficência: não causar dano e maximizar os benefícios, e minimizar os possíveis riscos. A beneficência, no seu significado filosófico moral, quer dizer fazer o bem.

O princípio da beneficência tem como regra norteadora o bem-estar do paciente e a preservação de seus interesses. Esse princípio tenta, num primeiro momento, a promoção da saúde e a prevenção da doença, e num segundo momento, pesa os bens e os males, buscando a prevalência do bem-estar do paciente (KIPPER; CLOTET, 1998).

O princípio da não-maleficência está associado à obrigação de não causar danos; a beneficência, então, está associada à obrigação de prevenir danos e promover o bem (KIPPER; CLOTET, 1998).

Já no princípio da justiça, os iguais devem ser tratados igualmente. Esse princípio contém aspectos importantes para análise, tais como o entendimento da justiça vigente no mundo ocidental, desde o século VI A.C. até o século XVIII de nossa era. A justiça era entendida como uma propriedade natural das coisas; ao ser humano caberia apenas conhecer e respeitar. Na verdade, os indivíduos considerados inferiores apenas obedeciam à justiça. Por sua vez, os serviços médicos eram considerados tão superiores que não eram pagos mediante trocas, mas por cobrança de tributo de honra, que deu origem ao termo honorário (SIQUEIRA, 1998).

Na modernidade, a justiça deixou de ser concebida como condição natural para transformar-se em decisão moral, sendo que o que é justo ou injusto é o modo como as

instituições sociais tratam o fato (SIQUEIRA, 1998). Nesse caso, uma sociedade somente será justa se todos os valores sociais – liberdade, oportunidade, riquezas, assim como as bases sociais e o respeito a si mesmo – forem distribuídos de maneira igual, a menos que uma distribuição desigual de algum ou de todos esses valores redunde em benefício para todos, em especial para os mais necessitados (SIQUEIRA, 1998).

A Bioética se situa na confluência do saber tecnocientífico, especialmente biológico, como as Ciências Humanas, como a Sociologia, a Política, a Ética e a Teologia. Situa-se no espaço aberto de uma sociedade pluralista, em que confrontam diversas concepções. Sendo interdisciplinar, contempla a descentralização do poder (PEGORARO, 2002). Portanto, no sentido mais amplo do conceito de Bioética, seus verdadeiros fundamentos somente podem ser encontrados através de ação interdisciplinar, que inclua diversas ciências (Filosofia, Direito, Teologia, Antropologia, sociologia, entre outras) e não apenas as Ciências Médicas e Biológicas (GARRAFA, 2002).

Segundo Goldim (2002), a Bioética aborda os novos problemas de forma original, secular, interdisciplinar, contemporânea, global e sistemática. Portanto, estimula novos patamares de discussão e de reflexão, que podem possibilitar soluções adequadas. Nesse sentido, a referência às soluções adequadas reporta à noção da especificidade de cada contexto, ou seja, as soluções serão adequadas ou não de acordo com os pressupostos norteadores de cada sociedade e cultura. Dito isso, discute-se a seguir a perspectiva anglo-americana e européia da Bioética, em uma tentativa de abarcar essas questões na América Latina, conseqüentemente, no Brasil.

2.2.1 Bioética: perspectiva anglo-americana e européia e a busca de uma construção latino-americana

A perspectiva anglo-americana privilegia a autonomia da pessoa. Está prioritariamente voltada para microproblemas, buscando solução imediata e decisiva a questões dos indivíduos. Já a perspectiva européia privilegia a dimensão social do ser humano, com prioridade para o sentido da justiça e equidade, preferencialmente aos

direitos individuais (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1998).

Por sua vez, a Bioética latino-americana surge com dilemas não apenas sobre o uso da tecnologia, mas enfatizando a questão de quem tem acesso a ela. Há, pois, um forte saber social que qualifica a Bioética latino-americana. Conceitos culturalmente fortes, como justiça, equidade e solidariedade, ocupam, na Bioética latino-americana, um lugar similar ao princípio da autonomia nos Estados Unidos (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1998). Desse modo, é levantado o desafio de desenvolver uma bioética latino-americana que corrija os exageros de outras perspectivas, resgate e valorize a cultura latina no que lhe é único e singular, uma visão que possa privilegiar as diversas culturas, além de contemplar a pobreza e a exclusão social.

Na década de 90, a Bioética no Brasil defrontou-se com dilemas éticos criados pelo desenvolvimento da Medicina, tais como: pesquisa em seres humanos, tecnologia, dilemas sobre morte e morrer. Evidenciou, também, diversos problemas relacionados a valores nas diversas profissões da saúde, da saúde pública, da saúde mental, e temas sociais foram introduzidos. Dito de outro modo, a Bioética brasileira é tardia, tendo surgido de forma orgânica somente nos anos 90. Anteriormente, algumas poucas iniciativas isoladas haviam acontecido, sem registros significativos. No início de 1993, foi criada a revista semestral *Bioética*, com Conselho Editorial regular, patrocinada pelo Conselho Federal de Medicina e com sede em Brasília. Outra revista científica brasileira indexada, e que vem publicando de forma regular e crescente artigos sobre Bioética, é *O Mundo da Saúde*, patrocinada pelo Centro Universitário São Camilo, dos padres Camilianos de São Paulo, que se mantém bravamente desde os anos 80 (GARRAFA, 2000).

Outro destaque importante foi a fundação da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) em 1995. Vale a pena ressaltar que a SBB é associada à Federação Latinoamericana e do Caribe de Instituições de Bioética (FELAIBE) e à IAB International Association of Bioethics (IAB), entre outros. Em 1996, o Conselho Nacional de Saúde, organismo ligado ao Ministério da Saúde brasileiro, criou o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), encarregado de regular e controlar as investigações desenvolvidas com seres humanos no território nacional. Anteriormente a esse episódio, já havia no Brasil uma legislação federal com relação

ao tema, que, no entanto, não era devidamente cumprida. Após a criação da CONEP, o assunto passou a ser encarado com o rigor requerido e, hoje, o Brasil dispõe de vários Comitês de Ética em Pesquisa (hospitalares, universitários, entre outros), funcionando regularmente. No que se refere ao aspecto formal e público, cabe ainda ressaltar a existência de uma Comissão Técnica Nacional de Biosegurança (GARRAFA, 2000).

A Bioética brasileira adotou, como principal referência conceitual, a chamada "corrente principialista" estadunidense. Mas, embora a maioria dos centros que se dedicam à bioética ainda sigam basicamente a teoria dos quatro princípios, a partir de 1998 iniciou-se o surgimento de novas propostas alternativas às correntes bioéticas tradicionais. Entre outras, podem ser mencionadas: a "Bioética na perspectiva da teologia da libertação", "Bioética dura" ou "Bioética forte" (*hard bioethics*), a "Bioética crítica de inspiração feminista", a "Bioética feminista e anti-racista" e a "Bioética da reflexão autônoma" (DINIZ, 1999).

Segundo Garrafa et al. (1997), o Brasil é um país que vive, antagonicamente, com um pé no século XIX e o outro no século XXI. Ao lado de maravilhas, como: transplantes múltiplos de órgãos, seqüenciamentos pioneiros do genoma de tumores malignos de diferentes tipos e áreas anatômicas, ou intervenções cirúrgicas corretivas intra-uterinas em corações de fetos, convive com a exclusão social e a falta de acesso da população às suas necessidades sociais básicas. Essa contraditória realidade do país, portanto, além de exigir exercícios intelectuais e práticos duríssimos aos seus "bioeticistas", agudiza ainda mais os conflitos constatados entre individual e coletivo, de autonomia e justiça, participação e omissão, beneficência e equidade, caridade e solidariedade, limite e controle, liberdade e responsabilidade (GARRAFA, 2000).

A realidade social tem obrigado a considerada Bioética brasileira a procurar alternativas às teorias bioéticas tradicionais. Embora o principialismo tenha sido a mola propulsora da disciplina no País e ainda exerça uma certa hegemonia no contexto acadêmico nacional, começa a se esboçar um movimento de reação intelectual à simples importação descontextualizada das propostas ou "pacotes" éticos importados acriticamente dos países mais desenvolvidos (GARRAFA et al. 1997). Essa constatação demonstra que a "nova" Bioética brasileira tem, na contextualização da realidade do País, sua maior fonte de inspiração, a realidade social brasileira.

Nesse sentido, é imprescindível o estímulo e intercâmbio com os países vizinhos da comunidade latino-americana, objetivando a construção concreta de relações mais próximas e factíveis na busca de soluções comuns ou aproximadas a problemas que são muitas vezes semelhantes (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1998). Logo, na medida em que a discussão da Bioética surge para contribuir à procura de respostas equilibradas ante os conflitos atuais e do próximo milênio, na América Latina temos o compromisso de aproveitar a abrangência da Bioética, que estuda a ética da vida__ campo de influência teórica e prática__ para solucionar problemas cotidianos, enfim, envolvendo diversas faces da questão social¹.

2.2.3 Bioética e a Doação de órgãos

A Bioética, sendo considerada uma ética de todas as ciências e derivações técnicas que pesquisam, manipulam e curam os seres vivos e, sendo a vida o primeiro de todos os direitos, a ética da saúde enraíza-se profundamente no solo dos direitos humanos e de alguns dos grandes princípios que vimos aparecer no percurso da Ética filosófica, tais como: a autonomia, justiça, equidade (SILVA, 1998). Nesse sentido, reforça-se a idéia de que a Bioética vai lidar com a saúde da população, saúde definida em seu sentido mais abrangente, resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e acesso ao serviço de saúde, conforme consta no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. Esse conceito está em conformidade com a Declaração de Alma-Ata que define saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade, enfatizando seu caráter de direito fundamental.

Portanto, a Bioética lida com a saúde da sociedade com adição, entre outros temas, como das Ciências Sociais, da Saúde Pública, dos Direitos Humanos, da equidade, e alocação de recursos, entre outros (PESSINI; BARCHIFONTAINE,

¹ Questão social aprendida como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 2001, p. 27).

1998).

O tema da doação de órgãos e transplantes sempre foi e é alvo de muitas contradições e de concepções polêmicas. Desde seu surgimento, traz no seu bojo aspectos bioéticos importantes como, preservação da vida; possibilidade de continuar vidas, a perda da vida (morte); diagnóstico de morte encefálica, aliado ao avanço da tecnologia, de técnicas cirúrgicas, medicamentos e interesses econômicos de multinacionais. Os avanços alcançados pelo desenvolvimento científico e tecnológico, nos campos da Biologia e da saúde, principalmente nos últimos trinta anos, ao mesmo tempo em que propicia melhora na qualidade de vida, cria muitas contradições. O homem tecnológico convive, paradoxalmente com a descoberta de técnicas e medicamentos que curam e controlam doenças antes fora de controle, ao mesmo tempo em que surgem novas doenças. Diante disso, persiste a “falta da universidade no acesso das pessoas aos bens de consumo sanitário e a utilização equânime desses benefícios a todos os cidadãos indistintamente” (GARRAFA, 1998, p. 100).

Porém, somente através do desenvolvimento científico e tecnológico, dentre outros avanços, como grupos sanguíneos, fator rh, anticoagulantes, drogas e imunossupressores, tornou-se possível a realização de transplantes. Assim, a difusão dos transplantes e a escassa disponibilidade de órgãos retirados de cadáveres aumentaram o número de doadores vivos, exigindo, por parte das comissões de Ética, a criação de restrições para esse ato, na tentativa de evitar atividades ilícitas. (HANSEL, 2002).

Existem órgãos e tecidos que podem ser retirados em vida, como por exemplo, parte do fígado, rim, da medula, do sangue e da pele; outros podem ser doados após a morte encefálica, como, por exemplo: rins, fígado, pâncreas, córneas, vasos sanguíneos, ossos. Entretanto, tanto as doações em vida, quando um órgão ou tecido (sangue) é proveniente de um doador vivo, quanto as doações *post-mortem*, quando o órgão ou tecido é proveniente de um doado-cadáver (morte encefálica), necessitam de normatizações legais e ações baseadas na Bioética.

As doações podem oferecer prolongamento e qualidade de vida aos paciente-receptores, sendo às vezes a única alternativa de salvar a própria vida. Porém, para que aconteça o transplante, é necessário o resguardo da voluntariedade e da

espontaneidade, pois o ato de doar órgãos e tecidos é uma atitude altruísta.

Em relação aos transplantes inter-vivos, a legislação brasileira permite apenas quando o doador e receptor possuem relação de parentesco; nesse sentido, esse tipo de doação envolve a autonomia e a liberdade de o doador, antes de dar seu consentimento, e a avaliar riscos e benefícios associados à doação, principalmente em relação à não-maleficência (mutilação) do doador (GOLDIM, 2005).

Outro aspecto polêmico em relação à obtenção de órgãos, proposta por Lloyd Cohen, porém ainda não praticada por nenhum país, é a criação de um mercado de órgãos de doador-cadáver. Propõe incentivo financeiro de duas formas: venda de órgãos e, outra, mediante benefícios ou incentivos fiscais à família do doador. Essa abordagem mercadológica transforma órgão humano objeto de compra e venda. Nessa perspectiva, o direito e o acesso aos transplantes por parte da população ficaria extinto, e o próprio mercado regularia a oferta e disposição. Essa proposta é defendida, também, pelo Prof. Gary S. Becker, Prêmio Nobel em Economia (GOLDIM, 2001).

O comércio de órgãos, isto é, a venda de órgãos humanos é amplamente difundida na Índia. Outra proposta não menos impactante foi a do deputado federal, Irapuan Teixeira, através do Projeto de lei 3.857/2004, de 24 de maio de 2004. Isto é, doação compulsória de órgãos para presidiários com mais de 30 anos de reclusão. Esses detentos deveriam doar um dos rins, pulmão, um terço do fígado ou medula. O texto ainda previa a retirada dos órgãos de forma compulsória, conforme a necessidade das filas de receptores. Segundo Goldim (2004), esse projeto de lei, mesmo que fosse aprovado, passando a ter respaldo legal, ainda teria sérios questionamentos éticos, morais e sociais, desde o ponto de vista do presidiário que irá ter seu órgão retirado, do médico responsável pelo procedimento, até do paciente que irá receber o órgão.

Outro aspecto interessante sobre o assunto refere-se à doação dirigida de órgãos, ou seja, aquela que ocorre quando uma família designa quem será o receptor dos órgãos de seu familiar. Isso é permitido em alguns estados norte-americanos (GOLDIM, 2005). Essa forma também é discriminatória, pois permite influência de fatores econômicos, sociais, políticos, que podem discriminar demais pacientes que estão em lista de espera por um órgão.

Apesar disso o comércio de órgãos é uma violação da Carta Universal dos

Direitos Humanos, pois o corpo humano e suas partes não podem estar sujeitos a transações comerciais. Consequentemente, pagar e receber dinheiro de órgãos deve ser proibido. A Organização Mundial da Saúde e o Conselho da Sociedade Internacional de Transplantes afirmam que órgãos humanos não podem ser objeto de lucro para profissionais, instituições, cirurgiões e recomendam haver separação entre a equipe de remoção e de a transplantes de órgãos (HANSEL, 2002).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

A pesquisa foi do tipo exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. Segundo Triviños (1990), vários autores entendem a pesquisa qualitativa como sendo uma expressão genérica; por um lado compreendem atividades de investigação que podem ser denominadas específicas e, por outro, que todas elas podem ser caracterizadas por traços comuns.

Um desses traços comuns pode ser atribuído ao fato de a pesquisa qualitativa se preocupar com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, segundo Minayo (2000, p. 22), “ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Para Richardson et al. (1999), esse tipo de abordagem pode descrever problemas em sua complexidade, compreendendo processos dinâmicos vividos por grupos sociais e certas particularidades das experiências e do comportamento dos indivíduos. Nesse aspecto, há concordância de diferentes autores, o que permite afirmar, como Chizzotti (1991, p. 52), que, na pesquisa qualitativa, “o pesquisador participa, compreende e interpreta”, pois “fundamenta-se em dados coletados nas interações interpessoais, na co-participação das situações dos informantes analisadas a partir da significação que estes dão a seus atos”.

De acordo com Minayo (2000, p. 101), “a investigação qualitativa requer, como atitudes fundamentais, a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com atores sociais envolvidos.” Os instrumentos adotados por esse tipo de pesquisa costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o trabalho de campo, e devem ser previamente planejados sob

orientação das finalidades da investigação. Sendo assim, entende-se que a pesquisa qualitativa requer uma interação entre o pesquisador e os sujeitos.

O desenho de investigação exploratória se deve ao fato de ainda haver carência de conhecimentos acumulados e sistematizados sobre o problema, ou seja, parte da necessidade em explorar uma situação não suficientemente conhecida. Já o caráter descritivo se relaciona ao objetivo de analisar um conjunto de experiências (de familiares doadores de órgãos, pós-processo de doação, recorrendo à descrição dessa experiência, ao menos em alguns de seus elementos.

Para Gil (1999, p. 43-44), as pesquisas exploratórias “têm como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias para auxiliar nos estudos posteriores”, enquanto as descritivas são “aquelas que estudam as características de um grupo social, incluindo as pesquisas com objetivo de levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população”. Assim, para Gil; Haguette; Minayo (2000), por suas vantagens, as pesquisas exploratórias descritivas são comuns na investigação social, especialmente por serem importantes para auxiliar em decisões, problemas e propostas concretas, inclusive em programas institucionais e serviços.

3.2 Local de estudo

O hospital em questão é uma instituição de caráter público que está sob administração privada, oferece atendimento através do Sistema Único de Saúde (SUS). Atende a população de 50 municípios pertencentes à 5ª Coordenadoria de Saúde do Rio Grande do Sul. Atualmente dispõe de 286 leitos e é referência no atendimento do HIV-AIDS, Oncologia, Neonatologia, Gestação de Alto Risco, e na Captação de Órgãos e Tecidos. Por sua peculiaridade, atende à comunidade nas áreas de ensino, pesquisa, assistência e extensão.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) está localizada no 3º andar do hospital, dispondo de 10 leitos e dois isolamentos. O quadro de funcionários é composto por

horário de visitas é das 10h30min. às 11h, das 15h às 15h30min. e à noite das 20h às 20h30min. Nesses horários, o médico de plantão fornece informações sobre estado de saúde do paciente, após o horário para visitas.

A escolha do campo de investigação deve-se a características da unidade que atende pacientes graves e é onde é realizado, frequentemente, o diagnóstico de morte encefálica.

3.3 Sujeitos do estudo

O estudo contou com a participação de familiares de cinco famílias que autorizaram a doação de órgãos de parentes internados na UTI, após-processo de doação, que aceitaram participar do estudo.

A participação foi espontânea, livre e contemplou os aspectos éticos para pesquisa.

Quadro 2: Caracterização do doador, segundo sexo, idade, ocupação profissional, causa da morte e familiar entrevistado

Famílias	Doador	Causa Morte	Familiar Participante
Familiar I	17anos/femino, estudante,	TCE	Mãe
Familiar II	40 anos/masculino, profissional liberal	AVC Hemorrágico	Mãe
Familiar III	7 anos/ feminino, estudante	PCR	Mãe
Familiar IV	42 anos/ masculino, profissional liberal	AVC Isquêmico	Filha
Familiar V	72 anos/ feminino, aposentada	AVC Hemorrágico	Filha

Fonte: elaborado pela autora desta produção

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados na pesquisa qualitativa não é estanque. Exige uma relação

entre a coleta de dados e análise desses dados coletados; as informações coletadas são interpretadas, e isso pode exigir novas buscas de dados e análise (TRIVIÑOS, 1990). O pesquisador inicia sua investigação mediada na fundamentação teórica, realizando diversos recortes para a revisão de literatura em torno do tópico, sendo processo de aproximação e de distanciamento do objeto mediado, construindo a investigação através do problema, da coleta de dados e análise constante.

A técnica utilizada neste estudo foi a entrevista.

O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, 2004, p. 109).

Nesta pesquisa foram privilegiadas as entrevistas semi-estruturadas. Foram realizadas de forma verbal e exigiu a presença ou interação direta do pesquisador e do sujeito a ser pesquisado e também contemplado por uma prática de observação participante.

Esse tipo de entrevista valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação (TRIVIÑOS, 1990).

A entrevista semi-estruturada realizada partiu de um roteiro de questões (Apêndice A) com o objetivo de enumerar de forma mais abrangente possível a questão de pesquisa, a partir dos pressupostos advindos do objeto de investigação.

A coleta de dados teve início com a busca de documentações nos registros da equipe de captação de órgãos e seleção de familiares. Posteriormente, foi realizado contato telefônico com o familiar do doador e explicado acerca do trabalho e da relevância do depoimento. As entrevistas foram previamente agendadas com os sujeitos do estudo. Alguns familiares preferiram serem entrevistados no hospital público onde foi realizada a retirada, e outros, no próprio domicílio. A duração das entrevistas foram de três a quatro horas.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, em dia, horário e local

combinado. Foi informado o objetivo do estudo, a natureza do trabalho, bem como explicitado o direito de os sujeitos participarem ou não do estudo. Foi garantido o anonimato da identidade dos sujeitos (sigilo) e explicitado o uso de gravador para transcrição posterior, bem como assinado o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (Apêndice B). Nesse documento há informações sobre a pesquisa, a utilização dos dados e a identificação do pesquisador, com telefone para contato, sendo que uma das vias permanece com o entrevistado.

O roteiro de entrevista semi-estruturada foi proposto de acordo com os objetivos do estudo, de modo a favorecer a expressão dos sujeitos acerca das suas experiências durante e após o processo de doação; dos significados atribuídos à doação; dos fatores que favoreceram ou dificultaram a decisão e o ato da doação de órgãos, das percepções sobre a atuação da equipe e sobre o processo de captação de órgãos.

3.5 Análise dos dados

A análise a coleta dos dados se retroalimentam constantemente na pesquisa qualitativa. Inclui desde a organização dos dados empíricos, passando por pré-análise, categorização e análise propriamente dita, sob a ótica do referencial proposto.

Após a transcrição das entrevistas e organização dos dados coletados, foi realizada pré-análise dos dados, procurando fazer uma leitura do conjunto das falas, de forma exaustiva, buscando uma compreensão desses conteúdos e a saturação qualitativa, o que favoreceu a identificação de categorias preliminares. Posteriormente, uma nova leitura foi realizada ressaltando sua importância e relação entre eles.

A partir dos dados extraídos, foram identificados os núcleos de significados, os quais, a partir do marco teórico e dos objetivos definidos, permitiram a interpretação dos resultados desta pesquisa.

A revisão bibliográfica subsidiou a análise dos dados e transcorreu em todo o desenvolvimento do estudo, de modo a catalogar bibliografias disponíveis, constituir um acervo de obras que abordam o assunto, qualificando as análises e proposições

acerca da temática investigada, que trata dos temas: doação de órgãos, morte (aspectos biopsicossociais); captação de órgãos (mapeamento do campo legal: legislações, portarias, decretos); família e questões de bioética.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

As questões éticas perpassaram todas as etapas da pesquisa, desde o planejamento, a implantação das ações, uso dos dados e, principalmente nas relações interpessoais com os sujeitos do estudo.

Este estudo obedece à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Baseia-se, também, dando ênfase na beneficência, justiça, autonomia, bem como no Código de Ética do assistente social. Além disso, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina.

A autonomia e os direitos dos familiares à privacidade, ao respeito, à liberdade de optar pela interrupção da participação durante o processo de assistência, foram contemplados, conforme Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo constitui a análise dos resultados da pesquisa com os familiares de doadores de órgãos, pós-processo de doação em um hospital público de Caxias do Sul. Apresentada-a sob a forma de três categorias distintas. A primeira é a morte encefálica: é preciso confiar; a segunda, o decidir entre a doação e não-doação: uma reflexão à luz dos conceitos da Bioética e a terceira, a família vivenciando a doação de órgãos: um conhecimento em construção. Através delas, são demonstradas as experiências dos familiares doadores no processo de captação e doação de órgãos. Busca-se, de forma clara, simples e direta, identificar e compreender as influências de valores, princípios e crenças filosóficas, sociais, culturais, políticas no pensar e agir desses familiares.

Para melhor compreensão e clareza do presente capítulo, apresentam-se as características de cada doador, no intuito de melhor visualizar a situação vivenciada pela família.

DOADOR/ FAMÍLIA I

Adolescente, 17 anos, estudante. Morava com os pais e irmão. Saiu de casa com amigo de moto para passear; no entanto, envolveram-se em acidente, e a adolescente sofreu traumatismo craniano encefálico (TCE). Foi internada em UTI-Adulto e realizou cirurgia. Evolui para morte encefálica após um dia de internação.

A doação beneficiou sete pessoas (receptores): rins (2), pulmão, fígado, pâncreas, coração, córneas (2).

Familiar entrevistado: mãe

DOADOR/FAMÍLIA II

Homem de 40 anos, casado, profissional liberal. Morava com a esposa e seus dois filhos em Caxias do Sul.

Estava trabalhando quando passou mal e foi levado para o Pronto-Socorro do hospital e, posteriormente, transferido para UTI-Adulto devido a Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico(AVCH). Evolui para morte encefálica em dois dias de internação.

A doação beneficiou seis pessoas (receptores): rins (2), Córneas (2), fígado, pâncreas.

Familiar entrevistado: mãe

DOADOR/ FAMÍLIA III

Criança de 7 anos, estudante, morava com avó materna e mãe, pais separados.

Criança transferida de um hospital do interior, para realização de fibronoscopia, por aspiração de carne durante churrasco em família. Na transferência criança teve parada cardio-respiratória (PCR) e evolui para morte encefálica, após quatro dias de internação.

A doação beneficiou cinco pessoas (receptores): rins (2), pâncreas, fígado, córneas (2).

Familiar entrevistado: mãe

DOADOR/FAMÍLIA IV

Homem, 42 anos, casado, profissional liberal. Morava com a esposa e três filhas em Caxias do Sul. Transferido para UTI-Adulto devido a Acidente Vascular Cerebral Isquêmico(AVCI). Estava no domicílio quando sentiu os primeiros sintomas e foi levado ao hospital. Evoluiu para morte encefálica em três dias de internação.

A doação beneficiou sete pessoas (receptores): córneas (2), fígado, rins (02), pâncreas, coração, pulmão.

Familiar entrevistado: filha (20 anos)

DOADOR/ FAMÍLIA V

Senhora, 72 anos, viúva. Morava sozinha. Filha única, genro, duas netas. Foi

encontrada caída no banheiro por uma neta. Internou em UTI-Adulto com Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH) , histórico de duas ponte de safena. Evoluiu para morte encefálica em dois dias de internação.

A doação beneficiou cinco pessoas (receptores): córneas (02), fígado, rins (02).

Familiar entrevistado: filha (42 anos)

4.1 Morte encefálica: é preciso confiar!

Chegará o dia que meu corpo estará inerte sobre um lençol, num hospital. Num certo momento, um médico determinará que meu cérebro parou de funcionar e que, para todos os propósitos e finalidades, minha vida acabou. (TEST, 2001. p. 20).

Dentro da logística dos transplantes, está a doação de órgãos, que segundo Brandão et al. (1999), é um processo complexo que envolve diferentes etapas, que iniciam com a identificação de todos os pacientes em morte encefálica, como sendo possíveis doadores ou doadores em potencial. Isto quer dizer, então, que é iniciado o processo de captação de órgãos (CAMPOS, 2004).

Com base nisso, quando se pensa em doação de órgãos, requer pensar na finitude, nas condições de ser um doador, isto é, na própria morte. Morte que faz parte do fenômeno natural da vida, mas que, no mundo ocidental, parece estar tão longe do nosso dia-a-dia. Esse distanciamento da morte representa um temor, expresso na dificuldade de as pessoas lidarem com a finitude da vida e se insere nas crenças, nos valores e na visão de mundo que cada indivíduo traz consigo (FERNANDES et al. , 2001).

No entanto, o próprio tempo da morte prolongou-se e se subdividiu, ao mesmo tempo originando diversas mortes, tendo cada uma delas sua causa específica, dominada pelo saber médico: há a morte clínica, a morte cerebral, a morte biológica, a

morte celular (ARIES, 1981, 1989; PRADO, 1995).

Para Filho et al. (2001), a morte ocorre quando um órgão essencial ou mais órgãos vitais deixam de funcionar, e suas funções fisiológicas não podem mais ser restabelecidas, tornam-se incapazes de cumprir o objetivo de sustentar nossas necessidades de oxigenação, nutrição, hidratação, manutenção da temperatura corporal e excreção, dentre outras. Porém, apenas o conceito de morte encefálica pode ser adotado na utilização de órgãos de doadores-cadáveres, está sendo a solução mais promissora para o problema da demanda excessiva de falta de órgãos.

No entanto, no imaginário das pessoas, perpassa muitas vezes resquícios da própria história e evolução de certos procedimentos, pois a utilização de doadores-cadáveres teve início de maneira experimental antes da normatização do diagnóstico de morte encefálica. Segundo Nothen (2006), na década de 50, existia o conceito de coma irreversível, desde a publicação de Mollaret e Goulon, em Paris; entretanto, o relatório do *Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death* foi a primeira publicação que adquiriu consenso. Foi editado em 1968, um ano após o famoso cirurgião Barnard ter utilizado, na África do Sul, pela primeira vez na História da humanidade, em um transplante, o coração de uma paciente vítima de um trauma, e, alguns anos após, iniciou o transplante de rins de cadáver.

Em meio a muitas discussões, e na existência de diferenças conceituais entre as escolas médicas, as bases do exame clínico para o diagnóstico de morte encefálica foram muito pouco modificadas nas últimas cinco décadas. Porém, apesar das inconsistências biológicas, éticas e legais, apontadas pelos críticos dos atuais protocolos, não existe nenhum registro de paciente com morte encefálica, baseado nos critérios estabelecidos, que tenha se recuperado.

Para Nothen (2006), a maioria dos países ainda considera, para fins legais, o conceito de morte tronco-encefálica² como morte. Parece claro que emerge uma discussão na direção de um consenso internacional, para a uniformização das bases

² É a cessação irreversível da capacidade de consciência combinada com a perda da capacidade de respiração espontânea. O diagnóstico pode ser estabelecido apenas com o exame clínico, não requerendo provas instrumentais. (NOTHEN, R.R, 2006).p

conceituais e à construção de um protocolo mais abrangente, que incorpore e valide os exames de registro da atividade e/ou pe

Não sabia, mas explicaram bem, a gente viu o exame e a médica falou tudo. Depois tu também falo (FAMILIAR I).

Não, nunca tinha ouvido falar (FAMILIAR III).

A falta de conhecimento sobre a morte encefálica se confunde com as emoções dos sujeitos. Mas, muitas vezes, independente do conhecimento prévio acerca da morte encefálica pelos familiares, percebe-se, também, que pode não representar uma diferença pelo fator surpresa na ocorrência da morte. Ou seja, os familiares, com ou sem conhecimento prévio, tendem a reagir do mesmo modo diante da morte do familiar. A discussão central é a morte, a perda do familiar, a finitude.

Eu e a minha irmã tínhamos visto isso no colégio, sabíamos um pouco sobre a morte encefálica e os médicos explicaram. Tu depois também falou com a gente (FAMILIAR IV).

Sim, logo que falaram eu lembrei disso, mas foi difícil aceitar que era verdade a morte (FAMILIAR IV) .

Os médicos falaram que era provável ele estava em ME, o primeiro exame deu certo, depois não conseguiam fazer o outro. Demorou. Nós sabíamos o que era. Meus filhos e eu queríamos fazer a vontade dele. Mas não queríamos que fosse verdade [...] (FAMILIAR II).

Sim sabíamos o que era Morte Encefálica .Sabíamos que era grave, ela foi encontrada no chão do banheiro pela minha filha, mas sempre se pensa que pode acontecer algo e ela voltasse como das outras vezes.Ela já tinha feito duas pontes de safena. Quando o médico falou que o exame tinha dado morte encefálica e a gente tinha que esperar até a tarde para saber do resultado do outro, nós ai soubemos que não tinha volta (FAMILIAR IV).

Pode-se perceber, também, durante as entrevistas, as fases que as pessoas atravessam durante o processo de luto, conforme Kubler-Ross (1998), como a negação:

É eu sei M. Eu estava pensando, pó rque, por que foi acontecer com ela, por que não eu, eu já estava doente, ela não, às vezes eu pensava como ela ia ficar sem mim aqui e agora mudou tudo eu é que tou sem ela (choro) (FAMILIAR III).

As pessoas no mundo ocidental são ensinadas a negar a morte, de não falar sobre as perdas, e quando isso acontece, a realidade fica ainda mais difícil. O isolamento também foi percebido nas falas, como forma de aliviar os sentimentos e não interagir com a realidade:

É eu sei que ela não gostava de me ver triste eu não podia chorar que logo ela vinha para me abraçar e pedir que não ficasse triste. Mas é difícil, eu sinto falta dela, sinto o cheiro dela, tudo me faz pensar nela. (FAMILIAR III).

Também expressões de revolta e raiva se fazem presentes nesse momento:

Eu sempre rezei, mas agora Deus tirou a minha filha (FAMILIAR III).

O sentimento de raiva pode ser concomitante com sentimento de perda e de busca de explicações. Esses sentimentos de revolta e negação da realidade persistem entre os familiares até que haja a aceitação da morte e a superação do luto (SADALA, 2001).

No entanto, a morte encefálica geralmente tem causas externas, como: ferimentos causados por armas, especialmente as de fogo; acidentes de trânsito; traumatismos crânio encefálico (TCE) e pela incidência de acidentes vasculares cerebrais (AVC). Esses dados coincidem com os apresentados, anteriormente, na caracterização dos doadores. De qualquer forma, geralmente o potencial doador estava saudável, isto é, não apresentava nenhuma patologia clínica, ou pelo menos, nada que indicasse morte breve. Portanto, a assimilação do diagnóstico vem associada à surpresa, ao desconhecido. Diante disso, as equipes de captação de órgãos devem estar atentas a essa especificidade de lidar com a morte e à possibilidade de salvar vidas. Essas que necessitam do empenho de equipes, muitas vezes, anônimas, comprometidas com o processo e, principalmente, com a sensibilidade ao lidar com os familiares e com o próprio doador. A equipe deve ser uma facilitadora do processo, não só da parte burocrática, de ser elo entre o hospital e a central de transplantes, mas principalmente

de prestar solidariedade nas atitudes em relação à família. Como afirmado por Filho (2005):

Nas práticas médicas de todas as especialidades, o transplante de órgãos é a que demonstra com maior clareza a estreita relação entre a morte e a nova vida, o renascimento das cinzas como Fênix: o mitológico pássaro símbolo da renovação do tempo e da vida após a morte (ABBUD FILHO, 2005)

Mas também pode-se dizer que, nas práticas médicas de todas as especialidades, o transplante de órgãos e a doação de órgãos são as que demonstram, com maior clareza, a estreita relação com as questões bioéticas. E é disso que tratar-se-á agora.

4.2 Decidir entre doação e não-doação: uma reflexão a luz dos conceitos da Bioética

Ficamos com a impressão que não era verdade, mas era. E aí queríamos cumprir o último desejo dele. O que mais me dói é que ele estava bem e de repente não volta mais para casa. É uma dor muito profunda (FAMILIAR II).

O compreender e aceitar o diagnóstico de morte encefálica para familiares que não tinham o mínimo de noção acerca disto, exige acreditar na equipe, no médico, na enfermeira, na coordenadora intra-hospitalar, enfim em todos os envolvidos no processo de captação. Além da relação de confiança no diagnóstico, a família tem que decidir sobre a doação de órgãos e exercitar sua autonomia.

Portanto, na doação de órgãos está presente um dos princípios fundamentais da discussão bioética, a autonomia entendida por pessoa autônoma, aquela que tem liberdade de pensamento e é livre de coações internas ou externas para escolher, no mínimo entre duas alternativas (MUÑOZ; FORTES, 1998). A família, após ter o conhecimento sobre o diagnóstico de morte encefálica e vivenciado a entrevista familiar, tem que optar entre duas alternativas: a doação ou a não-doação dos órgãos.

As escolhas vão estar embasadas em suas crenças e valores próprios. Porém, o atendimento prestado também reflete influências nessa relação, bem como o procedimento adotado pela equipe.

Não, todos foram muitos bons. Ninguém foi ruim. Deixaram nós decidir. Só ajudaram com o que não sabíamos. Tivemos muito apoio de todos. O meu marido e eu não temos queixa de vocês (FAMILIAR I).

Todos foram ótimos [...] Se preocuparam com a gente, deram atenção pra gente. Deixaram nós na sala da UTI. Não temos queixa(choro) (FAMILIAR II).

Nós decidimos baseado na vontade dela (FAMILIAR V).

Sadala (2001), em pesquisa realizada com familiares de doadores, apresenta resultados que reforçam o cuidado à família durante o processo de captação, como um elemento importante, baseado nas queixas dos entrevistados. Também neste estudo, familiares relataram a falta de atenção à família como desestímulo ao processo de doação e a necessidade de esclarecer à família previamente sobre a solicitação dos órgãos, a morte encefálica e seus métodos de diagnóstico. O conteúdo e a forma dessa comunicação, com linguagem acessível à compreensão, podem garantir uma escolha consciente e segura, considerando o direito à informação aos familiares. Porém, neste estudo, mesmo os familiares referindo falta de conhecimento sobre morte encefálica e desconhecimento sobre a vontade do familiar, como dificuldades à doação, os familiares não sentiram interferência na autonomia para o processo de decisão.

O que mais dificultou foi não saber o que ele pensava. Decidimos pensando por ele, e nas pessoas que precisam de doação (FAMILIAR IV).

A dificuldade maior foi de não saber sobre a morte encefálica [...]. (FAMILIAR III).

Muñoz e Fortes (1998) ressaltam que uma pessoa autônoma pode agir não autonomamente em determinadas circunstâncias. Por isso, a avaliação de sua livre manifestação decisória é uma das mais complexas questões éticas impostas aos

profissionais. O momento da decisão sobre a doação ou não dos órgãos acontece logo após a informação sobre diagnóstico à família, o diagnóstico de morte, de finitude. Nesse momento em que a família está fragilizada, e ainda absorvendo as informações e a notícia, também é o momento em que deve decidir. Decidir pelo outro requer tempo para a família pensar, refletir e decidir. Esse respeito à dignidade, à liberdade da família é essencial para não causar nem agravar danos a outros, isto é, o profissional deve respeitar o princípio da beneficência que está associado à obrigação de prevenir danos e promover o bem.

Nesse sentido, independentemente da decisão da família do potencial doador em doar ou não doar, deve existir acompanhamento e apoio a esses familiares, visando à promoção da saúde e à minimização de danos à mesma. Johnson (1992), em estudo com familiares, ressalta a importância do atendimento individualizado dos familiares de doadores, proporcionando ajuda constante em todas as necessidades apresentadas no momento de luto e perda.

Não, me lembro que passei por um psicólogo e até ela falava que tinha falecido mas dizia que ela não tinha mais volta e queria saber, me pedia como é que eu queria ela de volta e um monte de coisas, de perguntas pra mim e depois de ir me orientando, explicando, que ela não tinha volta, se eu não queria ser doador, daí ficamos pensando. Tivemos um tempo de um dia dois, pensando como (FAMILIAR III).

Outro aspecto de extrema importância é a decisão dos familiares baseada no desejo expresso pelo familiar em vida, isto é, ter conhecimento prévio de sua vontade em ser doador. A família que recebeu a prévia instrução ou manifestação da vontade de seu familiar assimila de forma mais clara e sente a necessidade de cumprir o último desejo do ente querido, de realizar a doação, e até de torcer pela doação e agilização do processo de retirada. Isso faz com que algumas vezes deseje acompanhar, por meio da equipe, os procedimentos adotados baseados nas rotinas do protocolo de doação, os contatos com as equipes de retirada, por meio da coordenadora intra-hospitalar de doação e captação de órgãos. Outro fato interessante dos dados coletados refere-se aos familiares que conheciam a vontade do familiar e respeitaram esse desejo, apresentavam também noções a respeito do conceito de morte encefálica e doação de

órgãos, favorecendo ainda mais o processo de captação.

Apesar da dor nós queríamos doar. Era desejo dele. Foi e é horrível [...] pensar na morte de um filho [...] acho que uma dor muito grande para uma mãe e eu que tenho mais de 80 anos [...] não é fácil. Ainda bem que a família dele mora aqui. É bom que não eu não sou o pai dele. É bom que seria de mim.
(FAMILIAR II) o.

De outro modo, pessoas que não tinham conhecimento prévio sobre ME atribuíram a decisão à confiança depositada nos profissionais, em seus diagnósticos e orientações, respeitando e assimilando a verdade referida. A confiança aparece como elemento norteador do processo, a transparência nas relações da equipe com familiares.

Nós decidimos depois de falar com a médica e contigo. E o nosso patrão ajudou a gente. E depois a médica mostrou o exame [...] o meu patrão disse que vocês estavam certos e a gente podia ajudar outras pessoas. Ela iria gostar. Porque era muito querida, feliz [...] (choro) (FAMILIAR I).

O impacto da morte sobre o indivíduo traz um amortecimento de emoções e sensações que se confundem o tempo inteiro, sendo a surpresa da morte uma causa importante da não-aceitação da morte. Sendo assim, as famílias referiram a dificuldade em decidir também como sendo a própria morte.

Ah, acho que foi a morte. Eu vi ela sair de casa com o amigo e depois não voltou e nem ia voltar [...] É horrível. Ela era tão linda [...]. Desculpa (FAMILIAR I).

[...] dificultou um pouco foi os exames, mas depois tudo deu certo. A decisão nós já tínhamos, nós sabíamos que ele era doador, mas o aceitar a morte é o mais difícil (FAMILIAR II).

É, sim, nós queríamos fazer a vontade dele. Tu lembra nós estávamos em bastante gente, e todos sabiam disso.... Ficamos com a impressão que não era verdade, mas era. E aí queria cumprir o último desejo. O que mais me dói é que ele estava bem e de repente não volta mais para casa [...] É uma dor muito profunda (FAMILIAR II).

Esses dados podem ser comparados com os dados de Johnson (1992), que considerou que os familiares vivenciam uma experiência de choque, descrença, sofrimento e confusão mental e mostram-se incapazes de compreender e aceitar a realidade. Realidade, que remete à vivência da própria morte.

De outro modo, muitas vezes existem outros elementos da dinâmica familiar

envolvidos nesse processo:

queria pedir desculpas porque naquela noite quando falou com a gente eu disse não, eu tinha medo de que ela tivesse AIDS e que passasse para outras pessoas. Mas quando o médico me disse que no exame não tinha acusado nada eu fiquei muito feliz e aceitei doar os órgãos (FAMILIAR III).

Essa fala apresenta a diversidade de elementos que interferem em uma decisão e que, além do momento exigir habilidades, muitas vezes envolve segredos. A familiar referiu ainda que não tinha coragem de saber sobre exame, mas por outro lado gostaria de realizar a última vontade da filha, que era ser doadora.

Dentre alguns aspectos que contribuíram à decisão sobre a doação, percebe-se a diversidade das respostas, a intenção de ajudar as pessoas ou a solidariedade é o elemento central, também encontrado em outras pesquisas com familiares doadores. Porém, elementos como o atendimento, as orientações prestadas podem ser facilitadores desse processo de decisão.

Não sei, acho que o que vocês explicaram e pensar nela [...] como era [...]. O meu patrão. E pensar em ajudar outras pessoas [...] (FAMILIAR I).

Acho que saber da vontade do meu filho (FAMILIAR II).

Ela nas campanhas de doação de órgãos sempre dizia que era doadora. Ela era especial, as pessoas sempre me diziam que ela tinha algo a mais. Sabe que me disseram , que ela era tão especial, tão preocupada com os outros e tão boa, que a missão dela já tinha terminado na terra (FAMILIAR III).

Acho que foi o que vocês falaram (FAMILIAR IV).

Sendo a ajuda às pessoas a principal associação que os familiares fazem com a doação de órgãos, a solidariedade pode ser entendida como sentido moral que faz a ponte entre o indivíduo e as causas sociais, em que este se coloca diante de todos. Seja através dos meios de comunicação ou da observação da realidade social local, hoje não é mais possível uma atitude de indiferença ou negar que a sociedade vive problemas morais profundos: a desestruturação da família, a ganância, a violência, as drogas, a

fome e a guerra são alguns exemplos que marcam nosso tempo. No entanto, a solidariedade está vinculada a atitudes de abertura pessoal para a aceitação da diversidade e à necessidade de ajudar os outros, a partir da cultura de cada um. Nessa dimensão, a solidariedade deve ir além de atitudes pontuais, deve exigir uma postura pessoal e coletiva que implique dedicar tempo e esforço em prol do outro (causas sociais, carentes, amigos, parentes, alunos) como forma de vida e expressão de princípios éticos e morais (SEQUEIROS, 2004). Portanto, decidir pelo outro, sem conhecer a vontade do doador, sugere à família uma associação em relação à postura de vida do seu familiar, se o mesmo tinha uma postura solidária em prol do outro.

Ricard (2005) aponta alguns argumentos que podem ser utilizados na entrevista com familiares, dentre os quais destaca: solidariedade, importância social do ato, utilidade (morte pode ser útil a outros), vida a outros, imagem do falecido, orgulho do ato.

Porém, a informação, a orientação prévia sobre doação de órgãos, seja em campanhas, seja em palestras proporciona (ou estimula) às pessoas verbalizarem o desejo de ser doadores, que vai ser fundamental para a decisão da família, por ter consciência do desejo do potencial doador.

Em campanhas a gente ia sempre quando tinha no centro, mas nunca imaginamos que poderia acontecer com nós (FAMILIAR III).

Essa fala retrata que as campanhas proporcionam uma oportunidade de a família conversar sobre esse assunto e seus membros expressarem a própria vontade, como na campanha contínua da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), “Avise em casa que você é doador”.

Essas atitudes solidárias não aparecem espontaneamente, conforme estudos econômicos e sociais, mas a partir de uma reflexão pessoal sobre as realidades vivenciadas que levam a um aumento da sensibilidade. Sensibilidade entendida como um processo complexo de reorganização intelectual e, sobretudo, afetiva, que canaliza as atitudes pessoais e sociais não para metas exclusivamente individuais ou familiares, mas para metas progressivamente mais amplas e solidárias (SEQUEIROS, 2004, p. 17).

[...] já que ela não vai mais poder estar aqui, que outras pessoas possam melhorar [...] (FAMILIAR III).

Essa sensibilidade ao outro, a transformação de valores pessoais e a efetivação de práticas sociais engajadas em uma sociedade mais justa e igualitária representam o grande desafio para a prática da solidariedade. A cultura da solidariedade requer desenvolver atitudes, pensamentos e agir centrado no interesse global do mundo e, em especial, dos mais carentes, com ética, equilíbrio e respeito. É uma prática contra-hegemônica, que visa à valorização da diversidade e da autonomia. Portanto, a solidariedade na doação de órgãos não é entendida apenas como ato de doar, mas de solidariedade ao outro, ao receptor, àquele que receberá o órgão baseado em princípios de equidade, da não-diferença, de chances de oportunidade semelhantes, sem qualquer forma de discriminação, de privilégio, enfim, de justiça, na qual está pautada a legislação para transplantes no Brasil.

Pensar na solidariedade nos remete a pensar no doador, na sua atitude altruísta, pois na verdade a idéia de que somos bons ou maus vem sendo há muito tempo enfatizada por inúmeros pensadores. Rousseau e Marx, por exemplo, já afirmavam que a humanidade é, por natureza boa, e que o mal é criado pela sociedade. Já Freud e Maquiavel, entre outros, afirmaram que os homens são inerentemente maus e que a função da sociedade é controlar suas tendências más e egoístas.

Porém, por altruísmo entende-se “qualquer ato que beneficia alguém, mas sem trazer qualquer benefício para o altruísta, e que geralmente envolve algum custo pessoal para aquele que ajuda” (RODRIGUES, ASSMAR; JABLONSKI, 1999, p. 245). Na doação de órgãos contempla-se essa noção, pois em nosso país a legislação atual não permite benefício ao doador nem a seus familiares pelo ato de doar. No entanto, cabe lembrar momentos da evolução dessa legislação, como no caso da doação de sangue em nosso País. Em 1950, eram recrutados doadores, aliciados mediante remuneração, estabelecendo uma relação de troca e lucro (FILHO, 2000). Esse tipo de incentivo deixou marcas, como a doação apenas “quando necessário”, diferentemente da forma como vem se caracterizando a doação de órgãos e sangue

atualmente, ou seja, como um processo extremamente solidário e altruísta e dessa forma, livre de comercialização e de abonos.

Nesse sentido, privilegiam -se os princípios do SUS, desencadeado pelo Movimento da Reforma Sanitária e, também, aspectos bioéticos, principalmente relacionados à justiça e à equidade aos doadores e receptores, sem deixar de contemplar a identidade latino-americana da Bioética.

No entanto, segundo Castro (2003), no VI Congresso Mundial de Bioética, um conferencista defendeu que o altruísmo do doador de órgãos atende à necessidade urgente do paciente, a reciprocidade deste precisa dirigir-se à carência mais urgente do doador. Como muitos dos doadores de órgãos “sofrem de pobreza”, temos de recompensá-los de uma maneira que combata suas necessidades econômicas. Jasper (2004), em estudo sobre altruísmo e incentivos na doação de órgãos traz a observação de que o único não-beneficiário no transplante é a família do doador. Portanto, o incentivo financeiro tornaria mais equitativa tal prática social. Roza (2005) afirma, em pesquisa realizada, que os familiares demonstraram aprovação do benefício de pagamento das despesas funerárias, analisando como uma política de justiça com aqueles que doam parte do corpo de seus familiares para prolongamento da vida de outros. Porém, esses estudos demonstram, de alguma forma, o valor atribuído aos órgãos, ao doador ou à família doadora, e difundem uma cultura de mercado, estabelecendo preço, ou valor de troca, o que é contrário aos princípios da política pública.

O auxílio funeral para doadores repercute também como forma de gratificação, não de direito. Ou seja, essa discussão não exprime a responsabilidade da família e do Estado nesse caso, representado pelos municípios, de garantir o direito e o acesso a funeral gratuito a cidadãos com necessidades econômicas benefício universal à população empobrecida, e não como um prêmio aos familiares por terem doado órgãos. A posição mercadológica pode ocasionar, também, outros problemas relacionados à dinâmica familiar, como, por exemplo, as famílias discordarem do que é oferecido, ou até mesmo produzirem uma doação em série pela compensação do recurso. Assim, essas questões contemplam aspectos bioéticos importantes e atuais no mundo contemporâneo da lógica de mercado. Acredita-se na doação de órgãos como

ato altruísta, deve estar livre de qualquer tipo de recompensa e respeitar a “macroética de saúde pública baseada na equidade da distribuição de serviços de saúde numa visão verdadeiramente alternativa, que possa enriquecer o diálogo multicultural” (PESSINI & BARCHIFONTAINE, 1997).

Diante disso, percebe-se a importância dos avanços na área da saúde, no que diz respeito às legislações, isto é, marco legal, e também das discussões bioéticas no Brasil. Porém, existe um outro aspecto a ser considerado que é a própria família dentro desse processo de captação de órgãos; ao expressar, principalmente, seu entendimento acerca do sistema público e da necessidade dos candidatos a transplantes. Além disso, e por isso, ela acaba por atuar como agente propagador desta causa: a doação de órgãos.

4.3 A família vivenciando a doação de órgãos: um conhecimento em construção

Nós ficamos aqui no hospital, vimos a equipe de Porto Alegre chegar e sair com as malas, isso foi uma sensação muito estranha. Nós sabíamos que ali tinha pedaços do corpo da minha mãe e que estavam levando para outras pessoas. Aí pensei na felicidade de quem iria receber (FAMILIAR IV).

A família do doador, como citado anteriormente, é muitas vezes esquecida pelos protocolos técnicos dos hospitais, pois recebem a notícia da morte do ente querido, decidem pela doação, aguardam a chegada das equipes para a retirada dos órgãos e esperam a liberação do corpo. Sinteticamente, é esse o fluxo dentro das instituições hospitalares. Porém, o que não fica retratado nesse cenário é o cuidado, a acolhida a estes familiares. Geralmente, a espera é solitária, isto é, sem acompanhamento da equipe de captação. Assim, é necessário compreender o sentido de família, como sendo:

Uma unidade dinâmica, constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado tempo, com uma estrutura e organização para atingir objetivos comuns e construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos, de adoção, interesse e/ou afetividade. Tem identidade própria, possui e transmite crenças,

valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive em um determinado ambiente em interação com outras pessoas e famílias, em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem estar de seus membros (PENNA apud NITSCHKE, 1999, p. 100).⁴

Esse conceito retrata aspectos fundamentais na compreensão da família quando da doação de órgãos, pois exprime história de vida, crenças, valores, cultura, direitos, responsabilidades, solidariedade. Porém, para efetivar a autorização da doação de órgãos, é preciso respeitar também a legislação vigente, que preconiza o familiar mais próximo, isto é, conforme o grau de parentesco, como já citado anteriormente. No caso de doadores de até dezoito anos, é necessária a autorização de ambos os pais, ou da pessoa responsável legal pela criança ou adolescente. Para pessoa juridicamente incapaz, segue a mesma lógica, isto é, o responsável pela tutela ou curatela. Em caso de cônjuges, se aceitam também as pessoas em uniões estáveis, conforme código civil vigente.

A compreensão do conceito de família, articulado com o marco legal, são exigências no atendimento realizado pela equipe ao potencial doador e à sua família, devendo ser diferenciado e contextualizado na realidade social. Portanto, obedecer a critérios previstos em lei e compreender a família nesse espaço, é fundamental para respeitar a autonomia e promover o cuidado. No entanto, para Silva (2002, p. 20), “possuir identidade de cuidadora por vezes assusta a equipe de saúde, que está sempre interagindo com diversas famílias, culturas, situações de vida, tendo que estar definindo condutas, comunicando notícias nem sempre feliz”.

Nesse contexto, a equipe deve pensar nas questões éticas relativas à família, tais como: seus membros não são substituíveis, existem vínculos entre eles, existem noções de responsabilidades, a estrutura é dinâmica, bem como as relações entre eles. Muitas vezes, a equipe precisa definir condutas e comunicar notícias desagradáveis. Baseado nisso, na doação de órgãos, a família deve ser assistida durante todo o

⁴ Conceito adotado pelo grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC).

processo de captação, pois necessita de cuidados, de atenção e de informação, de autonomia, enfim compartilhar sentimentos, ansiedades, dúvidas.

Nós ficamos aqui, lembra? Passamos a noite, o dia. Tu ficou com a gente (FAMILIAR I).

A equipe foi muito boa. Deram apoio para nós, deixaram nós entrar na uti. Ficamos na sala com chá (choro). E depois fui embora [...]. Meu filho que ficou no hospital. Ele disse que vocês ajudaram muito (FAMILIAR II).

A equipe, todos vocês ajudaram nós (FAMILIAR V).

Ah, tu ficou com nós [...]. Dizia o que tava acontecendo. Demorou [...] mas valeu a pena (FAMILIAR I).

Nesse sentido, mesmo os familiares que optam por esperar no domicílio necessitam de atenção e orientações:

Ficamos a noite inteira acordada esperando telefonema de vocês, não dormi a noite inteira. Eu e a minha irmã D. na noite que retiraram os órgãos nós ficamos deitadas e cada vez que tu ligava para informar o que ia acontecer nós dizia como é que podia tu ficar no hospital e não ir dormir à noite inteira. Só podia ser alguém muito especial, não dormir, e ainda se preocupar com a gente. (choro) e acompanhando ela (FAMILIAR III).

Nós ficamos no hospital até que chegaram os médicos de Porto Alegre, depois fomos para casa. Não dormimos (FAMILIAR IV).

Os familiares demonstraram sentimento de amparo, de confiança, além de expressarem a seriedade no processo e nos cuidados com o doador. Mesmo não permanecendo no hospital, eles ficaram conectados recebendo informações, o que propiciou transparência no desenvolvimento da retirada.

Outros expressam sentimentos de gratidão em relação ao tratamento recebido pelo familiar:

Ela foi muito bem tratada [...] E depois também [...] O hospital da nossa cidade não é assim. Não tem exames. Lá a gente não fala assim com os médicos (FAMILIAR I).

Fiquei com uma impressão assim, quando eu decidi, eles fizeram tão rápido que não sei como explicar. Depois o médico explicou daí a Dr M. disse que ela teria somente 12 horas pra poder fazer isso se eu quisesse ser a doadora dos órgãos dela, se passasse não podíamos aproveitar. Só que na minha cabeça como eu estava naquele meio tempo, 9 dias, não entrava na minha cabeça nada, tomava remédios, estava perdida. Daí naquele dia que eu decidi que a gente veio à noite no hospital me despedi dela pra mim foi horrível (FAMILIAR III).

O pessoal do hospital foi muito bom, deu apoio e informação o tempo todo, isso nos deixou tranquilas (FAMILIAR IV).

Todos os entrevistados referiram que doariam novamente; isso, de alguma forma retrata a experiência vivenciada. Apesar de uma experiência dolorosa, os familiares ressaltam o aspecto positivo da doação de órgãos, até mesmo quando existe demora na captação:

Foi demorado, mas não faz mal, ela conseguiu doar (FAMILIAR I).

E muitas vezes expressam seus próprios desejos a respeito da doação:

Também sou doadora (FAMILIAR I).

Sim sou doadora (FAMILIAR IV).

Eu já era doadora e sabia que ele era. Um dos meus filhos disse no hospital que ele também era doador [...] às vezes falamos sobre isso a minha família é doadora (FAMILIAR II).

Porém Roza (2005), em seu estudo, refere que muitos entrevistados de seu estudo afirmaram que jamais doariam novamente e que não recomendam aos seus conhecidos. Isso deve estar associado ao atendimento recebido durante o processo, já que seu estudo contemplava diferentes instituições captadoras da cidade. Em nosso estudo, é privilegiada uma instituição que tem como metodologia – pressuposto –, o cuidado com os familiares durante o início e o fim do processo.

No entanto, a experiência singular de cada familiar propicia uma consciência sobre a necessidade da doação e uma preocupação com aqueles que precisam de

órgãos.

Outras pessoas estão vivendo a partir da minha mãe, ela me deu vida e a outras pessoas também [...] (FAMILIAR V).

Uma vez não sabia de nada. Agora eu sei. Decidi ser doadora, ajudar outras pessoas. Também pensei que ela podia ter precisado de algum doador. Hoje conheço gente que tá na fila de transplante e outros estão na máquina. É triste, e se a gente morre pode ajuda (FAMILIAR I).

É importante, eu apóio. Que nem falei de um conhecido da gente que está precisando de córnea, eu faria de novo se pudesse ajudar estou vendo o sofrimento dele e ele disse pra mim que acha bonito o que eu fiz, e que ele está na fila (FAMILIAR III).

Conforme Sadala (2001), a doação assume diversos significados: conforta, dá satisfação, é uma honra, sendo importante para o bem de outras pessoas. No entanto, a ajuda a outras pessoas vem seguida de pedidos e sentimentos em relação ao receptor, mesmo tendo conhecimento prévio que essa informação não é repassada:

Outras pessoas estão vivas (choro). Só gostaria de saber quem são (FAMILIAR I).

Não além da dor nada. Saber que as pessoas receberam os órgãos e estão bem é um bom conforto. Eu sei que não pode saber quem são, mas, que eles estão bem (FAMILIAR II).

Tem pessoas que estão enxergando através dela, eu acho (FAMILIAR III).

Acho que é de poder ajudar as pessoas, meu pai já não ia mais precisar e outras pessoas sim (FAMILIAR IV).

Outras pessoas estão vivendo a partir da minha mãe, ela me deu vida e a outras pessoas também (FAMILIAR V).

Os familiares tiveram dificuldades em apontar aspectos negativos da doação referindo sempre:

Acho que nada. Eu sofri e sofro com a falta dela, tudo me lembra ela (FAMILIAR III).

É foi demorado,mas não fez mal, ela conseguiu doar (FAMILIAR I).

Não, não tem. Da espera não me importei. É eu sei ela não gostava de me ver triste eu não podia chorar que logo ela vinha para me abraçar e pedir que não ficasse triste. Mas é difícil eu sinto falta dela, sinto o cheiro dela, tudo me faz pensar nela. Eu moro com a minha mãe e aí tenho que me segurar para ela não me vê chorando, mas a gente se olha e não conseguimos é um berreiro só. Eu sei que tenho que me controlar, mas não consigo (choro) (FAMILIAR III).

Percebe-se o sentimento do enlutado marcado pelo autocontrole, pela discrição, e preocupação com o outro. Outros pontuam a frustração pelo fato de não conhecer o receptor:

Não conheci quem recebeu os órgãos do meu pai. Eu sei que não pode, mas eu gostaria (FAMILIAR IV).

Gostaria de conhecer alguém que recebeu os órgãos da minha mãe, mas sei que não dá. Mas não é negativo o importante é ter feito a vontade dela e dar a vida a outras pessoas (FAMILIAR V).

Mas, ao mesmo tempo que compreendem que norma, não deixam de desejar essa informação.

As famílias demonstraram ter conhecimento de dados transmitidos pela Central de Transplantes do Estado, e as notícias recebidas dos receptores, que geralmente são sobre sexo, idade do receptor e órgãos transplantados. Isso fornece uma noção sobre a gestão dessa política no processo contínuo, após a captação.

Eles ligaram, uns dias depois. Era uma moça. Disse quem recebeu mas só se era homem ou mulher e a idade. Perguntaram como nós tava e disseram a idade e se era homem ou mulher que receberam os órgãos. Ela salvou 9. Eu fico pensando em quem são estas pessoas (FAMILIAR I).

Sei o que tu falou e a moça de PA (Central de Transplantes) é o mais parecido que recebe o órgão (FAMILIAR IV).

Sim, eles falaram o sexo, idade de quem recebeu. Acho que foi a psicóloga que telefonou (FAMILIAR II).

Eles telefonaram e conversaram comigo. Disseram quantas pessoas receberam, se era homem ou mulher, conversaram comigo (FAMILIAR V).

Funciona né, eu achei bonito o jeito deles entra em contato com a gente, fiquei curiosa, quer saber, eu teria vontade de conhecer as pessoas que receberam (FAMILIAR III).

A respeito da equidade na distribuição dos órgãos, os familiares referiram credibilidade no processo de captação e conseqüentemente, reforçaram a opção pela doação de órgãos para transplante. Nesse sentido, percebe-se a doação como ato altruísta, sem evidência de qualquer interesse por ressarcimento.

Sim, vai pra quem mais precisa. Só queria saber quem recebeu. Às vezes saio, ou vendo televisão e imagino quem está com os órgãos dela, ou saber como eles vão (FAMILIAR I).

*Sim, meus filhos disseram que ninguém compra, a pessoa que recebe está numa lista do estado. Isso nós falamos no dia (FAMILIAR II).
Acho que não tem diferença, a todos (FAMILIAR III).*

Saber que todos têm chance de receber os órgãos faz a gente doar com mais tranqüilidade (FAMILIAR IV).

Acho isso muito importante porque todos somos iguais e merecemos chances iguais (FAMILIAR V).

Quando solicitados a darem sugestões sobre o atendimento baseado na experiência vivenciada os familiares novamente referiram:

Sim será que elas também vão ter curiosidades de saber quem é? Eu teria” (FAMILIAR III).

A relação de ajuda, a atitude altruísta Além da dor nós podemos ajudar (FAMILIAR I).

Eu fico contente de ter outras pessoas com metade dela ali (FAMILIAR III).

Há, eu fico muito feliz quando vejo reportagem sobre doação, porque nós também ajudamos outras pessoas, e acho que meu pai também deve ficar (choro). Eu fico imaginando alguém está com o coração do meu pai por aí, o coração (FAMILIAR IV).

Sobre o atendimento prestado pela equipe intra-hospitalar

Não, acho que vocês devem continuar assim [...]. Meu filho ficou impressionado com atenção de vocês, [...] nós só temos agradecer (FAMILIAR II).

Portanto, a doação é compreendida pelos familiares como possibilidade de vida a outras pessoas; e aos que aguardam, ela significa a única possibilidade de vida (LISSO; PAIVA, 2004). Nessa perspectiva, a doação é interpretada nesta fala:

A doação é fazer o bem ao outro, deixar a pessoa e suas famílias felizes do outro lado, jamais vou me arrepender de ter feito a vontade da minha mãe, ela era uma pessoa abençoada teve muitas oportunidades de continuar vivendo e hoje ela está em alguns lugares ajudando outras pessoas (FAMILIAR V).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa qualitativa teve como foco conhecer a experiência vivida e a percepção dos familiares do doador sobre o processo de doação, no que se refere a: significados atribuídos à doação, fatores que favoreceram ou dificultaram a decisão e o ato de doação de órgãos, a atuação da equipe e ao processo de captação de órgãos. Enfim, conhecer a experiência de familiares doadores de órgãos, na perspectiva dos próprios sujeitos, pós-processo de doação.

Com este estudo foi possível compreender as necessidades dos familiares doadores de órgãos, pois o ato de doar não se resume apenas em assinar a autorização, mas é um momento que gera múltiplos sentimentos, dor, perda, esperança de vida à outros, durante e após a captação de órgãos. Sendo assim, é pertinente o cuidado aos familiares durante e após a doação.

Para responder à questão de pesquisa, foram coletados dados por meio de entrevistas semi-estruturadas. Nessas entrevistas foi possível estabelecer uma relação entre os dados coletados e sua análise fornecendo informações sobre, o próprio processo de doação (rotinas), maneiras de sentir, comportamento, desejos entre outros aspectos referentes a doação na perspectiva dos familiares.

Nesse processo, a pesquisadora e os participantes do estudo interagiram, na perspectiva de conhecer a experiência de familiares doadores e construir um conhecimento científico, baseado na vivência deste processo de captação e na compreensão aos familiares que passaram por isso.

Conclui-se que, a família mesmo tendo dificuldades de aceitar a morte e muitas vezes terem desconhecimento sobre morte encefálica, optam pela doação baseado em atitude altruísta ou no desejo expresso pelo familiar em vida de ser doador, no entanto percebe-se a ênfase na morte, na não presença na finitude como aspecto central. Portanto, compreender o processo de captação na perspectiva desses familiares exige um cuidado a estes sujeitos que passam a ser esquecidos pelos protocolos técnicos

após terem autorizado a doação.

Pensar em uma metodologia assistencial para esses familiares propicia um comprometimento, e é dar respostas àqueles que tiveram uma atitude altruísta para salvar ou melhorar vidas de outros sujeitos.

Desse modo, pensar em uma cultura de solidariedade é um modo de encarar a vida individual, familiar, profissional e cidadã, que tenha como preocupação fundamental “construir uma verdadeira humanidade”, na qual o essencial seja o nós e não o eu (pessoal, de classe, de nação, de região, etc.) (SEQUEIROS, 2004 p. 60). Em suma, a preocupação é pelo bem comum e pelo coletivo.

O possível paradoxo, a ambigüidade, ou até o antagonismo dos termos *morte e solidariedade* estão presentes na doação e são transformados em um só sentido quando se encontram. Ou seja, a perda (morte) e solidariedade tornam-se uma só expressão: o doar proporcionando a continuidade de outras vidas. A percepção desse sentimento nos familiares permeou todo o processo de coleta e análise dos dados.

Na pesquisa, como aspectos facilitadores centrais, levantados pelos familiares, com relação à decisão sobre a doação foram: conhecimento prévio da vontade do doador; informações prévias de campanhas sócio-educativas; orientação da equipe durante o processo; liberdade para refletir (autonomia); aproximação com as idéias da pessoa em morte cerebral (pensar por ela e/ou como ela); assistência à família; ajuda à outras pessoas.

Esta pesquisa proporcionou, também, refletir sobre as práticas da equipe de saúde, mais especificamente sobre as comissões intra-hospitalares, sua atuação, exigências e habilidades necessárias para desenvolver a captação de órgãos junto a familiares de potenciais doadores. Além disso, foi possível refletir sobre a interação entre equipe e família oportunizando que os profissionais de saúde contribuam de modo favorável no processo, especialmente com as famílias doadoras, baseado nas questões bioéticas, estas, que devem nortear as práticas em saúde. Portanto, compreender e respeitar a autonomia das famílias em decidir sobre a doação, não causando dano (não-maleficência), isso é fundamental para um processo de captação tranquilo e para que haja uma experiência positiva tanto para familiares pós-doação quanto a equipe intra-hospitalar. Portanto, a construção do conhecimento acerca da

experiência desses familiares contribuíram no “*fazer profissional*” e na difusão da doação.

Enfim, produzir conhecimento nessa área proporciona o desenvolvimento e a qualificação do atendimento prestado, bem como auxilia e reforça a construção de política pública, baseada nos princípios do SUS, principalmente na equidade, universalidade, integralidade e na hierarquização proporcionando o estímulo à doação de órgãos, e identificando aspectos negativos e polêmicos sobre este assunto.

REFERÊNCIAS

ABBUD FILHO, Mário. **Transplantes, cidadania e lei de doação de órgãos.** Disponível em: http://members.tripod.com/themedpage/artigos_doacao.htm. Acesso em: 12 abr 2005.

ARIES, P. **O homem diante da morte.** Trad. de Luiza Ribeiro. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981. v. 2.

ARIES, P. **Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média.** 2. ed. Trad. de Pedro Jordão. Lisboa: Teorema, 1989.

ASSMANN, Hugo; SUNG, J.S. **Competência e solidariedade solidária: educar para a esperança.** Petrópolis. RJ: Vozes, 2000.

BARBOSA, Eliana. Hospitais mudam de postura aos poucos. **Adote**, set. 2003. Disponível em: <<http://www.adote.org.br>> Acesso em: 28 nov. 2003.

BEAUCHAMP, Tom L; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica.** Trad. de Luciana Pudenzi. São Paulo: Loyola, 2002.

BENJAMIN, Alfred. **A entrevista de ajuda.** Trad. de Urias Corrêa Arantes. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BRANDÃO, S. et al. Organ donation in Porto Alegre, Southern Brazil: attitudes and practices of PHYSICIANS. Working in Intensive care units. **Transplantation Proceedings**, New York, v. 31, n. 7, p. 3073, 1999.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde - SUS. Lei 8080, 1990.

_____. Decreto 2.268. Regulamenta a Lei 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p.13739, 1997.

_____. Lei 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes e tratamento e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p 2191-33, 1997.

_____. Lei 10.211. Altera os dispositivos da Lei 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, Diário Oficial da União, Brasília, p.06, 2001. -Edição Extra.

_____. Decreto 2.268, de 30 de junho de 1997. Estabelece critérios de morte encefálica e normatiza os estabelecimentos para realização de transplantes. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 01 jul., p.123, 1997.

_____. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.480/97, de 21 de agosto de 1997. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, p.1827, seção I, 1997.

_____. Portaria 3.407, de 5 de agosto de 1998. Estabelece sobre a coordenação do Sistema Nacional de transplantes e normatiza o processo de doação, captação, retirada e transplantes de órgãos e tecidos no Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DO n. 149, de 6 de agosto de 1998.

_____. Portaria 905/GM, DO 160E, de 18/8/00, p. 119, seção 1. Estabelece sobre a Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes e a obrigatoriedade desta integrar o rol das exigências para cadastramento de Unidades de Tratamento Intensivo-UTI, do Tipo II e III, em hospitais pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara (Org) **A. política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2001.

BRAZ, Eduardo Leme. Encontro sobre doação e transplantes de córneas. 8º CONGRESSO DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE DOAÇÃO E OBTENÇÃO DE ÓRGÃOS, **Anais...** Gramado, 2005. Comunicação oral.

CASTRO, L. Altruísmo e reciprocidade. In: **Bioética, poder e injustiça**. São Paulo: Loyola, 2003. p.427-432.

CHIZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. Rio de Janeiro: Cortez, 1991.

COSTA, Sérgio Ferreira, GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel. **Apresentando a Bioética: bioética no século XXI**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

DINIZ, D.; GUILHEM, D.B. & GARRAFA, V. Bioethics in Brazil. **Bioethics**, v. 13, n. 3-4, 1999. p. 244-248.

ENGELHARDT JR, H. T. **Fundamentos da Bioética**. Trad. José A Ceschin. 2.ed. São Paulo: Loyola, 1996.

FERNANDES, J.D. De portas fechadas com a morte. **Revista Texto e Contexto. Enfermagem**, v. 10, n 3, p.39-59, set./dez. 2001.

FILHO, A. Luiz. **Hemoterapia: uma abordagem histórica e social**. Textos de apoio em hemoterapia. Organizado pela escola politécnica de saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

FILHO, W.D.L. et al. Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer. **Revista Texto e Contexto**, v.10, n3, set./dez. p.60-81. ANO

FUHR, Márcia. **Rotinas de padronização do atendimento ao potencial doador**. Caxias do Sul: [s.n.], 2002. Texto não publicado.

FURTADO, Lisiane. A maioria das famílias ainda recusa doação de órgão na comissão do IJF. In: GUIMARÃES, Fátima. **Mesmo com o Trabalho da Comissão Intra-Hospitalar de Transplante de Órgãos do IJF ainda é elevado o índice de negativa das famílias: o**

povo. Fortaleza, 2003. Disponível em: <<http://www.adote.org.br>> Acesso em: 28 nov. 2003.

GARCIA, Valter Duro. **Por uma política de transplantes no Brasil**. São Paulo: Office Editora, 2000.

GARRA, Volnei. **Bioética, poder e injustiça** : por uma ética periférica (2002). Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética. Universidade de Brasília – Brasil. Mensagem do Presidente do Sexto Congresso Mundial de Bioética. Disponível em bioetica@unb.br em: 1 jan. 2006.

GARRAFA, V.; OSELKA, G. & DINIZ, D. Public health, bioethics and equity. **Bioética**, v. 5, n. 1, 1997. p. 27-33.

GARRAFA, Volnei. Radiografia bioética de um país - Brasil. - Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. División Salud y Desarrollo Humano. Programa Regional de Bioética. **Acta Bioethica**, año VI, n.1, p.171-175, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDIM, J. R. **Abordagem de mercado para obtenção de órgãos**: texto atualizado em 18/12/2001. © Goldim/ 1997-2001. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/transmer.htm>. Acesso em: 15 abr. 2006.

GOLDIM, J.R. **Doação compulsória de órgãos para transplantes**. Texto incluído em 26/08/04. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica>. Acesso em: 15 mar. 2006.

GOLDIM, José Roberto. **Aspectos éticos dos transplantes de órgãos**. Texto atualizado em 01/12/05- (c) Goldim- Disciplina de bioética I. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/transprt.htm>. Acesso em: 25 jun. 2006.

GOLDIM, José Roberto. **Bioética e Interdisciplinaridade**. Material de Apoio-textos. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/biosubj.htm> 1997-2002. Acesso em: 24 jun 2006.

GOLDIM, José Roberto. **Doação dirigida de órgãos**. Texto incluído em 20/8/2005. www.ufrgs.br/bioetica/doadir.htm. Acesso em: 20 maio 2006.

HAGUETTE, Maria Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

HANSEL, Tânia Dubou. **Processo de re-significação ética do trabalho na unidade de terapia intensiva frente ao paciente e familiar potencial doador de órgãos**. Dissertação Mestrado Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis - SC, 2002.

I JORNADA DE ÉTICA E GLOBALIZAÇÃO, Porto Alegre, 26/3/98. Texto incluído em 23/05/98 ©Goldim/97-98.

IAMAMOTO, Marilda V. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

JASPER, J. D; NICKERSON. C. A; UBEL P.A. Altruism, incentives, and organ donation: attitudes of the transplant community. **Red Care**, v. 42, n. 4, 2005. p. 378-86.

JOHNSON C. The nurse role in organ donation from a brainstem dead patient: management of the family. **Intensive Critical Care Nursing**, v. 8, 1992. p. 140-8.

KIPPER, Délio J; CLOTET, Joaquim. Princípio da beneficência e não-maleficência. In: COSTA, S.I.F.; GARRAFA, V; OSELKA, G. (Org.). **Iniciação à Bioética**. Brasília. Conselho Federal de Medicina, Brasil, 1998. p.37-52.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Educação para a morte**: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e os próprios parentes. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LEONARDELLI, Luciana A. A equipe de captação de órgãos-ECO In: **Manual de captação de órgãos e tecidos**. Caxias do Sul: São Miguel, 2002. p. 20.

LISSO, Wladimir; PAIVA, Cleuza C. P. Doação de Órgãos e Tecidos. In: **Doação de Órgãos e Transplantes**. Disponível em: <http://www.lissoportalespirita.com.br/sintese.htm>. Acesso em 15 abr de 2004.

MANUAL DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE POMPÉIA – Comissão Intra-hospitalar de Transplantes. Caxias do Sul – RS – Brasil, 2002.

MINARÉ, Reginaldo L. A preocupação de Van Rensselaer Potter. **Revista Parcerias Estratégicas**, n. 16, out.,p.87-99, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**- pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1993.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec,2000.

MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antônio Carvalho. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: COSTA, S.I.F.; GARRAFA, V; OSELKA, G. (Org). **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, Brasil, 1998. p.53-70.

NITSCHKE, Rosane. G. O. **O mundo de ser família saudável**: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos modernos. Série Teses em Enfermagem. Pelotas: Ed. Universitária, 1999.

- PEGORARO, Olinto A. **Ética e Bioética**: da subsistência à existência. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.
- PEREIRA, Potyara A. P. ; BRAVO, Maria Inês, (Org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2001.
- PESSINI L; BARCHIFONTAINE, C.P. **Problemas atuais da Bioética**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 1997.
- PESSINI, L; BARCHIFONTAINE, C. P. Bioética: do principialismo à busca de uma perspectiva latino-americana. In : COSTA, S.I.F.; GARRAFA, V; OSELKA, G. (Org.). **Iniciação à Bioética**. Conselho Federal de Medicina, Brasil, 1998. p. 81-98.
- RADÜNZ, V. **Cuidando e se cuidando**. 2. ed. Florianópolis: Cultura e Qualidade, 1999.
- RAMOS, Flávia R. S. **Bioética e transplantes de órgãos e tecidos humanos**. Texto sistematizado para fins didáticos. Florianópolis: UFSC, 2003.
- REINHEIMER, Loreni. C. Introdução à entrevista familiar. In: **Manual de captação de órgãos e tecidos**. Caxias do Sul: São Miguel, 2002. p.38.
- RICARD, A. Fórum: abordagem familiar. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE DOAÇÃO E OBTENÇÃO DE ÓRGÃOS – ISODP. **Anais...** 8, Gramado, 2005.
- RICHARDSON, R. et al. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- RODRIGUES, A; ASSMAR, E. M. L; JABLONSKI, B. Comportamento pró-social: o altruísmo. In: **Psicologia social**. 18. ed. Petrópolis : Vozes, 1999. p. 245-288.
- ROZA, Bartira A. **Efeitos do processo de doação de órgãos e tecidos em familiares: intencionalidade de uma nova doação**.2005. (Tese em Ciências) _Programa de Pós-Graduação da Escola Paulista de Medicina Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.
- SABINI, Tatiane Lara. **Vivências da equipe intra-hospitalar de transplantes de órgãos de um hospital de pronto socorro**. (Monografia) Conclusão do curso de Graduação em Enfermagem, Unisinos, São Leopoldo, 2004.
- SADALA, Maria Lucia. A Experiência de doar órgãos na visão de familiares doadores. **Jornal Brasileiro Nefrologia**, v. 23, n. 3, 2001. p. 143-151.
- SCHLINDWEIN, Roberto. Sistema Nacional de Transplantes: a situação da CNCDO - Central de transplantes RS. In: **Manual de captação de órgãos e tecidos**. Caxias do Sul: São Miguel, 2002. p. 17.
- SCHRAMM, Fermin R. As diferentes abordagens da bioética.(p 28-45). In: PALÁCIOS, M.; MARTINS, A.; PEGORARO, O. (Org). **Ética, ciência e saúde**: desafios da Bioética. São Paulo: Vozes, 2001.

SILVA, Franklin L. Da ética filosófica à ética em saúde. In COSTA, S.I.F; GARRAFA, V; OSELKA, G. (Org). **Iniciação à Bioética**. Brasília. Conselho Federal de Medicina, Brasil, 1998. p.19-36.

SINGER, P. **Ethics**. Oxford: OUP, 1994. p. 4-6.

SIQUEIRA, José E. O princípio da justiça. In COSTA, S.I.F.; GARRAFA, V; OSELKA, G. (Org.). **Iniciação à Bioética**. Brasília. Conselho Federal de Medicina, Brasil, 1998. p. 71-80.

TEST RN. IN:CANFIELD, J; HANSEN, M.V. **Para se lembrar de mim**. Histórias para aquecer o coração. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1990.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO

- 1- Como foi o processo de decisão após o diagnóstico de Morte Encefálica?
- 2- Em algum momento sentiram-se pressionado para realizar a doação?
- 3- Quais elementos que dificultaram e auxiliaram na doação?
- 4- Como foi atendimento da equipe à família na internação e durante e após o processo de retirada?
- 5- Você autorizaria novamente a doação?
- 6- Quais sugestões de vocês para melhorar este processo de doação e captação de órgãos?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma coleta de dados referente ao projeto de pesquisa realizada pela assistente social Márcia Fuhr, sob orientação da Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos, que tem como objetivo geral, “Analisar a experiência de familiares doadores de órgãos, na perspectiva dos próprios sujeitos, pós-processo de doação”, para a realização de sua Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC. Os dados obtidos com as atividades desenvolvidas serão utilizados para fins científicos e educativos, podendo fazer parte posteriormente da Dissertação de Mestrado. Assim, solicito colaboração no sentido de participar do trabalho.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado (a) de forma clara e detalhado dos objetivos da presente pesquisa. Fui igualmente informado (a):

- da garantia de receber respostas a quaisquer perguntas ou esclarecimentos sobre dúvidas acerca de procedimentos, riscos, benefícios e outros aspectos relacionados com a pesquisa;
- da segurança que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade;
- da liberdade de me retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem sofrer qualquer tipo de retaliação ou represália;
- do compromisso de receber informações atualizadas sobre o estudo, ainda que possa afetar a minha vontade de continuar participando;
- que a realização de entrevista não causará nenhum tipo de constrangimento;
- que os resultados serão somente utilizados para fins científicos;
- que não haverá custo algum para o participante;
- que não haverá desconforto ou risco previstos na realização do estudo;
- que as entrevistas gravadas serão utilizadas apenas para os fins propostos no estudo.

Eu, _____
ciente de meus direitos acima relacionados, concordo em participar do estudo realizado pela mestrandia Márcia Fuhr(telefone- 54-99729470)

Caxias do Sul, _____, de _____ de 2006.

Assinatura do entrevistado

ANEXOS

ANEXO 1

JORNAL



UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO
SETOR DE IMPRENSA

DATA	LAUDA
26 09 2006	

123456789 0 123456789 0 123456789 0 123456789 0 123456789 0 123456789 0

UCS LANÇA CAMPANHA DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS DO HOSPITAL GERAL

O Reitor da Universidade de Caxias do Sul, Professor Ruy Pauletti, estará lançando, nesta quinta-feira, dia 27 de setembro, a Campanha de Doação de Órgãos, promovida por voluntários e equipe de captação de órgãos do Hospital Geral de Caxias do Sul. O lançamento da campanha será às 10 horas, no Auditório do HG.

A Campanha de Doação de Órgãos, empreendida pelo Hospital Geral de Caxias do Sul, terá caráter permanente. Foi amadurecida ao longo de um ano de encontros reunindo profissionais das áreas médica, enfermagem, serviço social, psicologia e setores de apoio do Hospital, mais a participação de representantes da comunidade. Coordenada pelo médico Dagoberto Godoy, a Comissão de Captação de Órgãos atende as exigências da legislação sobre transplantes no País.

A campanha de esclarecimento e mobilização em favor da Doação de Órgãos foi elaborada de forma comunitária pela agência Criação Propaganda, do publicitário Sérgio Chaves.

Segundo a coordenadora Intra-Hospitalar da Comissão, a assistente social Márcia Führ, na última semana o grupo efetuou a coleta de órgãos de duas pessoas falecidas. As córneas serão transplantadas nas próximas horas. Desde que começou a funcionar, o Hospital Geral realizou sete transplantes de córnea, devendo chegar a nove até o final desta semana. A informação é de que 70 pessoas aguardam a chance de ter de volta o sentido da visão.

Assessoria de Comunicação
Setor de Imprensa
(doacao)

Doar órgãos é dar Vida à Vida.

Doar órgãos é um ato de significativo amor ao próximo.

Tire suas dúvidas entre o:

FALSO VERDADEIRO

Reforce seu esclarecimento sobre esse tema.

A família decide sobre a retirada dos órgãos

VERDADEIRO

Na atual legislação brasileira familiares mais próximos têm o poder decisório de permitir a doação de órgãos, por isso, é importante que a família saiba da sua vontade de ser doador.

O doador pode escolher quem receberá seus órgãos.

FALSO

A Central de Transplantes identifica doador, receptor, obedecendo a rígidos critérios pré-estabelecidos e a lista de espera. O primeiro da lista que tiver condições de saúde ideais e for compatível para receber o órgão, será transplantado.

Quem chega ao Hospital sem documentos é doador.

FALSO

Sem documento de identidade e sem o consentimento da família, não pode ser efetuada a doação de órgãos.

O corpo do doador fica deformado depois que os órgãos são retirados.

FALSO

Não, de modo algum.

A retirada dos órgãos é uma cirurgia como qualquer outra, realizada com todos os cuidados de constituição, o que também é obrigatório por lei.

Todos os órgãos podem ser transplantados entre doares vivos.

FALSO

Somente um rim, parte do fígado e medula.

Todas as pessoas podem ser doadoras de órgãos.

VERDADEIRO

Todos, indistintamente, podem ser doadores. A efetivação da doação prevê uma avaliação por uma equipe de especialistas que verificarão as condições dos órgãos e a existência de possíveis moléstias contagiosas.



Menores de 21 anos podem ser doadores.

VERDADEIRO

A doação só pode ocorrer consultando a família. Só com a autorização dos familiares ou responsáveis diretos.

Quem tem dinheiro possui maior chance de receber órgãos.

FALSO

A lei oferece a todos. Cada Estado tem uma lista única por órgão a ser transplantado. As pessoas farão parte desta lista, através de seus hospitais, por ordem cronológica de inscrição. O Ministério da Saúde tem um sistema que permite o acesso a todas as listas dos Estados, permitindo fiscalizar todas as captações e os transplantes, bem como a sua qualidade.

Os órgãos do doador só podem ser retirados após a morte encefálica.

VERDADEIRO

A morte encefálica é a parada definitiva e irreversível do encéfalo (cérebro e tronco cerebral), provocando a falência de todo o organismo.

Morte Encefálica pode ser comprovada em todo o país.

FALSO

Somente os hospitais que tiverem em seu quadro equipamentos para a realização de exames clínicos e complementares. Depois estes exames são repetidos e só então a morte encefálica é comprovada.

A Central de Transplantes indica os pacientes em condições de receber órgãos

VERDADEIRO

Exames de histocompatibilidade, isto é, se tecido do doador e receptor se combinam, compatibilidade sanguínea (Sistema ABO), peso e tamanho do órgão a ser transplantado, posição do receptor na lista, condições de saúde e critérios de urgência. Estas são as condições em que deve estar o paciente receptor.

Não é permitida a venda de órgãos

VERDADEIRO

As Centrais de Transplantes das Secretarias de Saúde controlam todo o processo desde a retirada dos órgãos até a indicação do receptor, conforme rigor da lei.

Doação de Órgãos. A opção é sua. Você não perde nada.

VERDADEIRO

Você não perde nada e há sempre alguém na fila esperando por uma chance de viver. A decisão é sua.

Um Dia Você Pode Precisar.



INFORMAÇÕES:

Centro de Captação de Órgãos

Fone: 229.44.44 - Ramal 315

E-mail: doarvida@ucs.tche.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL



LEMBRE-SE DISSO!

APOIO:



PATROCÍNIO:



Avise em casa que Você é doador.

O Reitor da Universidade de Caxias do Sul,
Professor Ruy Pauletti,

tem a satisfação de convidar para o lançamento da
Campanha de Doação de Órgãos
promovida por voluntários e equipe de captação de
órgãos do Hospital Geral



Data: 27 de setembro de 2001, quinta-feira
Hora: 10 horas
Local: Auditório do Hospital Geral
Av. Antonio Vignolli, s/n.
Acesso à Cidade Universitária



UNIVERSIDADE
DE CAXIAS DO SUL

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
DE CAXIAS DO SUL



HOSPITAL
GERAL

AGRADECIMENTOS

*Acil
Acrilys
Brasil Studio
Grafilm
Ind. de Artefatos Plásticos*

*Jornal Correio Riograndense
Jornal Gazeta de Caxias
Jornal Pioneiro
Lorigraf
Lojas Colombo*

*Panambea
RGE
Rádio Antena 1
Rádio Atlântida
Rádio Caxias*

*Rádio Difusora
Rádio Mais Nova FM
Rádio Pop Rock
Rádio São Francisco SAT
Rádio Universidade 1010 AM*

*RBS TV
RBC Video Produções
Super Andreaz22a
Tudo Iluminação
UCS TV
VideoTop*

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
PROGRAMA DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TRANSPLANTES
CNCDORS- CENTRAL DE TRANSPLANTES

TERMO DE CONSENTIMENTO DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Por este documento, eu _____,
nome
_____, _____, _____, residente
profissão n° RG data de nascimento
na rua _____, _____, _____,
rua/n° bairro fone/contato
_____, _____, na qualidade de _____,
cidade estado parentesco
concordo com o procedimento de remoção de órgãos e tecidos, para transplante, de
_____,
nome do doador, com carteira de identidade
n° _____, profissão RG do doador
residente à Rua _____,
rua/n° bairro
_____, _____, o qual encontra-se no Hospital
em _____, em
situação de Morte Encefálica.

Obs.: _____

_____, ____/____/____.

assinatura

TESTEMUNHAS:

nome assinatura RG

nome assinatura RG

CENTRAL DE TRANSPLANTES: FONE E FAX (00XX51) 3219 1900
centraldetranplantes@saude.rs.gov.br

ANEXO 3

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA (RESOLUÇÃO CFM nº 1480 de 08/08/97)

Nome: _____

RG Hospitalar: _____

Idade _____ anos _____ meses _____ Dias de Nascimento: ____/____/____

Sexo: () Masculino () Feminino Raça: () Amarela () Branca () Negra

Pai: _____

Mãe: _____

A. CAUSA DO COMA

A. 1 Causa do Coma: _____

A. 2 Causas do coma que devem ser excluídas durante o exame:

a) Hipotermia () Sim () Não

b) Uso de drogas depressoras do Sistema Nervoso Central () Sim () Não

(Se a resposta for SIM a qualquer um dos itens acima, interrompe-se o protocolo)

B. EXAME NEUROLÓGICO

ATENÇÃO: Verificar o intervalo mínimo exigível entre as avaliações clínicas constantes na tabela abaixo:

IDADE	INTERVALO ENTRE AS AVALIAÇÕES
7 dias a 2 meses incompletos	48 horas
2 meses a 1 ano incompleto	24 horas
1 ano a 2 anos incompletos	12 horas
Acima de 2 anos	06 horas

Ao realizar o exame, assinalar uma das opções SIM/NÃO. Obrigatoriamente para todos os itens abaixo:

ELEMENTOS DO EXAME NEUROLÓGICO	RESULTADOS	
	1º Exame	2º Exame
Coma Aperceptivo	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Pupilas Fixas e Arreativas	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Ausência de Reflexo Córneo-Palpebral	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Ausência de reflexos Oculocefálicos	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Ausência de Respostas às Provas Calóricas	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Ausência de Reflexo de Tosse	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
Apnéia	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO

C. ASSINATURAS DOS EXAMES CLÍNICOS

(Os exames devem ser realizados e assinados por profissionais diferentes, os quais não poderão ser integrantes da equipe de remoção e transplante)

1- PRIMEIRO EXAME	2 – SEGUNDO EXAME
Data ____/____/____	Data ____/____/____
Hora ____ h ____	Hora ____ h ____
Nome de Médico: _____	Nome de Médico: _____
CRM: _____ Fone: _____	CRM: _____ Fone: _____
Endereço: _____	Endereço: _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)