

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

Entrevista familiar: modos de agir dos profissionais da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos

Glauca Jaine Santos da Silva

Pelotas, 2018

Glaucia Jaine Santos da Silva

Entrevista familiar: modos de agir dos profissionais da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências com ênfase em Enfermagem.

Área de concentração: Práticas sociais de Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientadora: Doutora Juliana Graciela Vestena Zillmer

Pelotas, 2018

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

S586e Silva, Glaucia Jaine Santos da

Entrevista familiar : modos de agir dos profissionais da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos / Glaucia Jaine Santos da Silva ; Juliana Graciela Vestena Zillmer, orientadora. — Pelotas, 2018.

158 f. : il.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2018.

1. Obtenção de tecidos e órgãos. 2. Relações profissional-família. 3. Família; entrevista. 4. Enfermagem. 5. Pesquisa qualitativa. I. Zillmer, Juliana Graciela Vestena, orient. II. Título.

CDD : 610.73

Glaucia Jaine Santos da Silva

Entrevista familiar: modos de agir dos profissionais da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de órgãos e tecidos

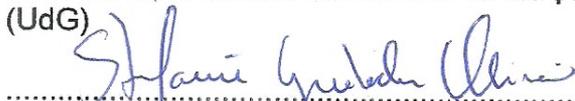
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Data de defesa: 19 de dezembro de 2018

Banca Examinadora


.....
Prof^a. Dr^a. Juliana Graciela Vestena Zillmer (Orientadora)
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)


.....
Prof^a. Dr^a. Blanca Alejandra Díaz-Medina (Titular)
Doutora em Ciências da Saúde Pública pela Universidade de Guadalajara (UdG)


.....
Prof^a. Dr^a. Stefanie Griebeler Oliveira (Titular)
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)


.....
Prof^a. Dr^a. Franciele Roberta Cordeiro (Suplente)
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)


.....
Prof^a. Dr^a. Adriane Calvetti de Medeiros (Suplente)
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

***Dedico esta dissertação a todos os profissionais da CIHDOTT que aceitaram compartilhar suas experiências através desta pesquisa. Também dedico em especial a todas as famílias que consentiram a doação e também aquelas que não consentiram...
O meu muito obrigado!***

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ser a luz que me guia em minhas escolhas, por me dar forças para seguir sempre em frente, me fazendo enxergar as lições que deveria tirar em cada experiência vivida e pela certeza de nunca estar só. Agradeço por todas as oportunidades concedidas, as pessoas que passaram pelo meu caminho, por ser abençoada com minha profissão, com minha família e amigos.

Aos meus **pais**, Margarete e Luiz, pela educação, pelos valores, e em especial a fé e coragem ensinados, sendo base para minha vida e apoio nos meus estudos. Por todo carinho, compreensão e incentivo encontrados na minha querida família, que sempre farão parte de cada vitória.

A minha **irmã** Greice, por ser minha eterna amiga e companheira, um presente de Deus na minha vida, agradeço pelos momentos de alegria e descontração.

Ao meu **namorado**, Daniel, com quem divido minha vida, quem eu tanto admiro, meu exemplo de força e superação, pelo apoio e o amor que me fizeram suportar e não desanimar nos momentos mais difíceis.

A minha **orientadora** Juliana G. Vestena Zillmer, agradeço eternamente pela oportunidade e confiança em mim depositadas para desenvolver este estudo. Agradeço as orientações amorosas e desafiadoras, o compartilhamento do conhecimento, com paciência em sempre buscar ouvir minhas expectativas, compreendendo meus limites. Além da pessoa humana, pelos conselhos e amizade que vão além da academia, mas para a vida, um exemplo a seguir.

Aos **professores da pós-graduação da Enfermagem UFPel**, que desde a graduação fizeram parte da minha trajetória, meu agradecimento por todo conhecimento compartilhado.

Aos **membros da banca** Prof^ª. Dr^ª Blanca Alejandra Díaz-Medina; Prof^ª. Dr^ª. Stefanie Griebeler Oliveira; Prof^ª. Dr^ª. Franciele Roberta Cordeiro e Enf^ª. Dr^ª. Adriane Calveti de Medeiros, sou grata e fico lisonjeada por terem aceitado o convite para a banca, vocês foram importantes no aprimoramento deste trabalho desde a qualificação com valiosas contribuições e críticas que muito me auxiliaram na finalização desta dissertação.

E por fim, ***aos amigos do mestrado*** Camila, Pedro, Jéssica Cardoso e Jéssica Perboni, os quais compartilharam o sonho e desafio de nos tornarmos mestres. Agradeço não só pelos conhecimentos e experiências compartilhados, momentos de alegria, descontração, mas também, pelo suporte emocional, para os dias difíceis que vivenciamos ao longo desses dois anos.

Muito obrigada!

RESUMO

SILVA, Glauca Jaine Santos da. **Entrevista familiar: modos de agir dos profissionais da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos.** 2018. 158 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), 2018.

O presente estudo teve por objetivo compreender os modos de agir dos profissionais da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos a partir da interação com a família durante entrevista para a doação de órgãos. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa a partir de uma perspectiva crítica, desenvolvido em quatro comissões intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos de hospitais localizados na Região Sul do Rio Grande do Sul, Brasil. Os participantes foram escolhidos mediante dois tipos de amostragem: a intencional, utilizada para a seleção dos participantes que integravam as centrais intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos no período de coleta, e após, pelo método “Snowball” para os profissionais que fizeram parte da comissão e foram indicados pelos atuais participantes, totalizando 21 profissionais. Os dados foram obtidos por meio de um conjunto de técnicas, entrevista semiestruturada e a observação não participante, com coleta de dados realizada entre abril e agosto de 2018. As entrevistas foram gravadas e transcritas, sendo complementadas com notas de campo, e foram organizadas e gerenciadas com o uso do programa Ethnograph V6. O estudo foi aprovado por um Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) de uma Universidade Pública do Sul do Brasil, mediante emissão de Parecer sob nº 1.955.142. Os dados foram submetidos à análise hermenêutica-dialética. Como resultados emergiram duas unidades de análise: modos de agir dos profissionais de saúde diante da abordagem a família para doação e dificuldades no agir diante da abordagem a família para doação. Quanto aos modos de agir dos profissionais de saúde, destaca-se o uso de dois tipos: o agir comunicativo, que os profissionais buscaram ao se comunicar, no entendimento uns com outros, de modo que, ao entrarem em contato com a família, alguns participantes estabeleceram um contato empático, de apoio, de forma que o seu objetivo foi levar conhecimento sobre um assunto ainda pouco discutido na sociedade; quanto ao outro agir, o estratégico, este foi utilizado para a resolução dos problemas, no qual a linguagem esteve carregada de intenções de modo que, ao interagirem com a família, buscaram influenciá-la para agir de acordo com seu interesse, o consentimento para doação. Quanto às dificuldades no agir diante da abordagem a família para doação, destaca-se à interação com a família após a comunicação do diagnóstico da morte. O ato de informar e esclarecê-lo à família gera um incômodo ou confronto para os profissionais, resultante das concepções enquanto indivíduo, que são oriundas do mundo subjetivo, objetivo e social. Ainda, revelou-se como um dificultador na interação com a família, as contradições vivenciadas pelos profissionais quando contrários a doação de órgãos. Foi identificada uma dicotomização entre o sujeito enquanto pessoa versus o profissional, de forma que necessita externamente desempenhar uma função pela qual internamente se é desfavorável, o que gera culpa e responsabilização quanto ao consentimento para doação.

Descritores: Obtenção de tecidos e órgãos; Relações profissional-família; Família; Entrevista; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

SILVA, Glauca Jaine Santos da. **Family interview: intra hospital organ and tissue donation committee modes of action of professionals**. 2018. 158 f. Thesis (Master's) – Nursing Graduate Program. Federal University of Pelotas, Pelotas (RS), 2018.

The present study aimed to comprehend modes of action from professionals' of the in-hospital commission of organ and tissue donation from the interaction with the family during an interview for organ donation. It is a qualitative study from an critical perspective, developed in four Intra Hospital Organ and Tissue Donation Committee of the southern region of Região Sul do Rio Grande do Sul, Brazil. Participants were chosen through two kinds of sampling: intentional, used to select the participants that were part of the Intra Hospital Organ and Tissue Donation during the data collection, and then, through the "Snowball" method, so that professionals that were part of the committee and indicated by current participants, totalizing 21 professionals. Data were obtained through a technique se, semistructured interview and non participant observation, with data collection developed between April and August 2018. Interview were recored and transcribed, being complemented with field notes and organized and managed through the Ethnograph V6 software. The study wa approved by a Research Ethics Committee in a public university from the south of Brazil, through feedback nº 1.955.142. Data were submitted to hermeneutic-dialectical analysis. As results, two analysis unit emerged: modes of action of health professionals in family approach to donation and difficulties in acting facing the family approach to donation. As for the modes of action of health professionals, we highlight two types: communicative action, that professionals sought on communicating understanding one with another, In á way that, on contacting the family, some participants stabilised an empathic contact, of support as a way of one's goal was to take strategic knowledge about the subject even if it is little discussed in society; as for the other action, the strategic, this was used to problem resolution, in which language was loaded of intentions In á way that, when interacting with the family, they sought to influence on acting according to their interest, consenting for donation. As for difficulties on acting facing the approach of family to donation, we highlight the iteration with the family after communicating the death. The act of informing and clarifying the family generates a discomfort or confrontation for professionals, resulted from conceptions as an individual, that arising from a subjective, objective and social world. Still, we revealed as a barrier on interacting with the family, contradictions experienced by professionals when against to organ donation. It was verified a dicotomization between the subject while a person versus the professional, as it needs to externally develop a function which is disfavorable, which generates blame and responsabilization for consent to donation.

Descriptors: Tissue and Organ Procurement; Professional-Family Relations; Family; Interview; Nursing; Qualitative Research.

RESUMEN

SILVA, Glaucia Jaine Santos da. **Entrevista familiar: modos de actuar de los profesionales de la comisión intra hospitalaria de donación de órganos y tejidos**. 2018. 158 f. Disertación (Maestría) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Programa de Postgrado en Enfermería, Pelotas (RS), 2018.

El presente estudio tuvo por objetivo comprender los modos de actuar de los profesionales de la comisión intra hospitalaria de donación de órganos y tejidos a partir de la interacción con la familia durante una entrevista para la donación de órganos. Se trata de un estudio de abordaje cualitativo desde una perspectiva crítica, desarrollado en cuatro comisiones intra hospitalarias de donación de órganos y tejido de hospitales ubicados en la Región Sur de Rio Grande do Sul, Brasil. Los participantes fueron elegidos mediante dos tipos de muestreo: la intencional, utilizada para la selección de los participantes que integraban las centrales intra hospitalarias de donación de órganos y tejidos en el período de recolección, y después, por el método "Snowball" para los profesionales que formaron parte de la comisión y fueron indicados por los actuales participantes, totalizando 21 profesionales. Los datos fueron obtenidos por medio de un conjunto de técnicas, entrevista semiestructurada y la observación no participante, con recolección de datos realizada entre abril y agosto de 2018. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas, siendo complementadas con notas de campo, y fueron organizadas y fueron organizadas y gestionadas con el uso del programa Ethnograph V6. El estudio fue aprobado por un Comité de Ética e Investigación (CEP) de una Universidad Pública del Sur de Brasil, mediante la emisión de Dictamen bajo el n° 1.955.142. Los datos fueron sometidos al análisis hermenéutico-dialéctico. Como resultados surgieron dos unidades de análisis: modos de actuar de los profesionales de la salud ante el enfoque de la familia para la donación y dificultades para actuar ante el enfoque de la familia para la donación. En cuanto a los modos de actuar de los profesionales de la salud, se destaca el uso de dos tipos: el actuar comunicativo, que los profesionales buscaron al comunicarse, en el entendimiento unos con otros, de modo que, al entrar en contacto con la familia, algunos los participantes establecieron un contacto empático, de apoyo, de forma que su objetivo fue llevar conocimiento sobre un asunto aún poco discutido en la sociedad; en cuanto al otro actuar, lo estratégico, éste fue utilizado para la resolución de los problemas, en el cual el lenguaje estuvo cargado de intenciones de modo que, al interactuar con la familia, buscaron influenciarla para actuar de acuerdo con su interés, el consentimiento para donación. En cuanto a las dificultades en el actuar ante el abordaje a la familia para donación, se destaca la interacción con la familia tras la comunicación del diagnóstico de la muerte. El acto de informar y aclarar a la familia genera una incomodidad o confrontación para los profesionales, resultante de las concepciones como individuo, que son oriundas del mundo subjetivo, objetivo y social. Aún, se reveló como un dificultador en la interacción con la familia, las contradicciones vivenciadas por los profesionales cuando contrarios a la donación de órganos. Se identificó una dicotomización entre el sujeto como persona frente al profesional, de forma que necesita externamente desempeñar una función por la cual internamente se es desfavorable, lo que genera culpa y responsabilización en cuanto al consentimiento para donación.

Palabras clave: Obtención de Tejidos y Órganos; Relaciones Profesional-Familia; Familia; Entrevista; Enfermería; Investigación Cualitativa.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Doadores de órgãos efetivos	21
Figura 2 Número de pessoas que aguardam na lista de espera	22
Figura 3 Fluxograma das instâncias que integram o SNT	30
Figura 4 Etapas do processo de doação – transplante de órgãos e tecidos	35
Figura 5 Fluxograma com a síntese da seleção dos artigos	42
Figura 6 Tipo de colaboração entre os autores	44
Figura 7 Ano de publicação	45
Figura 8 Revistas onde os estudos foram publicados	46
Figura 9 Idioma da Publicação	47
Figura 10 População do Estudo	48
Figura 11 Relações dos atos comunicativos com o mundo da vida (as setas com linha dupla indicam as relações com o mundo, criadas pelos atores (A) mediante exteriorizações (AC))	65
Figura 12 Modos de agir de acordo com a Teoria da Ação Comunicativa	69
Figura 13 Mapa conceitual referente aos conceitos relacionados a abordagem da família pelos profissionais de saúde mediante a aproximação com a teoria da ação comunicativa	70
Figura 14 Quadro com as normas utilizadas para a transcrição das entrevistas	85
Figura 15 Quadro com a identificação das unidades de significado e unidades de análise	86
Figura 16 Quadro com a identificação das unidades de significado e unidades de análise	87
Figura 17 Organização e desenvolvimento da análise Hermenêutica Dialética	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira Enfermagem
ABTO	Associação Brasileira de Transplante de órgãos
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGSNT	Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes
CIHDOTT	Comissão Intra-Hospitalar Doação Órgãos Tecidos
CNH	Carteira Nacional de Habilitação
CNNCDO	Central Nacional de Notificação, Captação e Doação de Órgãos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
FI	Fator de Impacto
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
ME	Morte Encefálica
MS	Ministério da Saúde
NUCCRIN	Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces
OPOs	Organizações de Procura de Órgãos
PMP	Por Milhão Pessoas
PNH	Política Nacional de Humanização
PPGENF	Programa de Pós Graduação em Enfermagem
REDOME	Registro de Doadores de Medula Óssea
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SNT	Sistema Nacional Transplantes
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Teoria da Ação Comunicativa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

UNESP

Universidade Estadual Paulista

UTI

Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

Apresentação.....	16
1 Introdução.....	20
2 Pressupostos.....	26
3 Objetivo	27
3.1 Objetivo geral	27
4 Revisão de literatura	28
4.1 Contextualizando a doação de órgãos e tecidos: revisão narrativa.....	28
4.1.1 A doação de órgãos e tecidos para transplante no Brasil: aspectos históricos e legais	29
4.1.2 Processo de doação de órgãos e tecidos para transplante	34
4.2 Abordagem da família para doação de órgãos e tecidos: revisão integrativa	40
4.2.1 Aspectos operacionais da revisão integrativa	40
4.2.2 Resultados da Revisão Integrativa	43
4.2.2.1. Caracterização dos estudos: análise bibliométrica	43
4.2.2.1.1 Indicador de desempenho dos autores.....	43
4.2.2.1.2 Indicador de desempenho das revistas	45
4.2.2.1.3 Indicador de desempenho dos artigos.....	47
4.2.2.2 Discussão das Categorias.....	50
4.2.2.2.1 Aspectos bioéticos no processo de doação de órgãos.....	51
4.2.2.2.2 Percepção dos profissionais de saúde sobre o processo de doação de órgãos	52
4.2.2.2.3 Percepção dos profissionais quanto à entrevista familiar	54
4.2.2.2.4 Assistência à família do potencial doador	57
4.2.2.2.5 Aspectos gerenciais do cuidado no processo em doação de órgãos.....	59
4.2.2.2.6 Educação profissional para a entrevista familiar	60
5 Referencial Teórico	62
5.1 Habermas e a Teoria da Ação Comunicativa.....	63
6 Método.....	72

6.1 Abordagem do estudo	72
6.2 Cenários do estudo	73
6.3 Participantes do estudo.....	74
6.4 Trabalho de Campo.....	75
6.5 Aspectos éticos.....	82
6.6Tipo de análise de dados e operacionalização.....	84
6.7 Rigor do estudo	88
6.8 Divulgação dos resultados.....	88
7 Resultados e discussão.....	90
7.1 Modos de agir dos profissionais da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos diante da abordagem a família para doação.....	90
7.1.1 Agir Comunicativo	90
7.1.2 Agir Estratégico.....	99
7.2 Dificuldades no agir diante da abordagem a família para doação	114
8 Considerações finais	128
9 Referências	133
Apêndices	144
Anexos	154

Apresentação

Desde 2011, início da Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Pelotas (UFPel), estive em contato com diversos cenários que me aproximaram de pessoas em condição crônica de saúde e de suas famílias. Ao acompanhá-las, durante minha trajetória acadêmica, passei a compreender o seu viver diário, com desafios e limitações resultantes do acometimento por doenças crônicas não transmissíveis.

A aproximação com pesquisadores de diferentes áreas possibilitou-me refletir sobre o tema e o tipo de estudo que desenvolveria em meu trabalho de conclusão de curso. Dessa forma, realizei uma pesquisa qualitativa com pessoas que vivenciavam o diabetes mellitus e utilizavam a rede social *Facebook* como estratégia para compartilhar experiências e práticas de cuidado. A pesquisa teve como objetivo analisar o conteúdo publicado em grupos virtuais da rede social *Facebook*. Também, oportunizou identificar as reações frente à descoberta da doença e sua influência em lidar com o diagnóstico. Dessa forma, evidenciou-se que as dificuldades que pessoas tinham para controlar os índices glicêmicos era relacionada à falta de informações e orientações que esclarecessem os cuidados necessários para o viver com a doença (SILVA, 2016).

De tal forma, as informações sobre a doença e o tratamento oferecidas pelos profissionais de saúde nem sempre foram claras e suficientes, o que levava as pessoas e seus familiares buscarem na internet as informações de que necessitavam. De tal forma, foi possível constatar que a participação em grupos virtuais têm proporcionado espaços de compartilhamento de experiências, práticas de viver com a doença e tratamento ao longo dos anos. Ainda, os grupos virtuais tornaram-se uma fonte de apoio, motivação, autocuidado e empoderamento, no controle dos níveis glicêmicos (SILVA, 2016).

Após utilizar-me da abordagem qualitativa, tive afinidade por esse tipo de investigação, visto que, a partir dela, é possível compreender como as pessoas dão

sentido aos fenômenos por meio da experiência de vida. Em 2016, ao concluir a graduação em enfermagem, cursei a disciplina de Pesquisa Qualitativa em Saúde como aluna especial no Programa de Pós Graduação em Enfermagem PPGEnf/UFPel. Na disciplina, aprofundei conhecimentos sobre aspectos epistemológicos, ontológicos, metodológicos e éticos referentes à pesquisa qualitativa. Desse modo, com a vivência e as discussões promovidas em cada encontro, decidi por aprofundar ainda mais tal abordagem, o que me levou a ingressar como aluna efetiva no Curso de Mestrado PPGEnf/UFPel em 2017.

Nesse mesmo ano, comecei a trabalhar como enfermeira assistencial em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para adultos de um hospital geral filantrópico¹. Nesse cenário estive em contato com o cuidado de pacientes com as mais diversas causas de internação, as quais são consideradas de alta complexidade, devido aos cuidados e equipamentos necessários à manutenção da vida. A rotatividade de pacientes nesse ambiente é variável e dinâmica, alguns permanecem institucionalizados durante longos períodos, outros, por algumas horas. Desse modo, destaca-se a satisfação profissional por realizar o cuidado nesse cenário, mas também um desgaste emocional ocasionado pelas demandas referentes à assistência ao paciente em estado crítico.

Na UTI, observei que algumas situações ocasionam desconforto para alguns profissionais de saúde, dentre elas, destaco o fato de se estar em contato com as famílias dos pacientes internados. O distanciamento das famílias parece ser uma prática comum a todos os profissionais, mas principalmente para as equipes médicas e de enfermagem, talvez, por serem esses os profissionais que permanecem maior período naquele local. Ao desenvolver minhas atividades como enfermeira, sendo uma delas o cuidado direcionado à manutenção do potencial doador de órgãos, estive ainda mais próxima da família, e percebi que a situação de afastamento dos profissionais nesse caso se faz presente.

A partir dessas vivências, percebi que doação de órgãos ainda é uma temática pouco discutida em todas as esferas da sociedade, seja no meio acadêmico, seja na população em geral. Tal situação parece estar relacionada à falta de preparo profissional para as demandas durante o processo de doação. Nesse sentido, quando a família em questão é a do potencial doador, existem

¹Instituições privadas, sem fins lucrativos, que prestam serviços públicos a população pelo Sistema Único de saúde (FEMIPA, s.a).

inúmeras demandas por informações e questionamentos sobre o estado de saúde do paciente, procedimentos realizados, condutas médicas, entre outros. Dessa forma, lidar com o diagnóstico de morte encefálica (ME)², assim como com as emoções da família diante do consentimento para a doação, é algo desafiador, que mobiliza sentimentos e percepções dos profissionais que podem interferir na assistência proporcionada. Essas vivências frente à abordagem da família para a doação de órgãos e tecidos inquietaram-me em buscar, por meio desta pesquisa, ouvir os profissionais de saúde para estudar a temática.

A partir disso, tive a oportunidade de ingressar no macro projeto de pesquisa denominado “O processo de doação, captação e transplante de órgãos na perspectiva dos trabalhadores em saúde: um estudo qualitativo no Rio Grande do Sul³, no qual participei como colaboradora no desenvolvimento da temática em questão. O presente projeto constitui-se no macroprojeto, o qual é coordenado pela Profa. Dra. Juliana Graciela Vestena Zillmer. O presente estudo está vinculado ao Projeto de Extensão “Conversando com a comunidade sobre a doação de órgãos e tecidos para a comunidade” (ZILLMER, *et al.*; 2017- 2019). O qual tem por objetivo desenvolver ações de educação em saúde sobre a temática doação de órgãos em escolas e espaços públicos. Tais projetos estão ligados ao Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN) da Faculdade de Enfermagem da UFPel; também está integrado à linha de pesquisa “Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem” do PPGEnf/UFPel.

Frente ao exposto, tais vivências impulsionaram-me a seguir explorando o tema sobre a abordagem da família para a doação de órgãos, considerando o que dizem os profissionais de saúde em seus atos comunicativos por meio do desenvolvimento de um projeto de dissertação. Desse modo, a presente dissertação está constituída por oito capítulos.

No primeiro, é descrito um capítulo introdutório em que é apresentada a contextualização da temática “doação de órgãos com dados epidemiológicos” e estudos que demonstram a relevância e justificativa em realizar a presente pesquisa.

²Diagnóstico definido como a perda completa e irreversível das funções encefálicas, definida pela cessação das atividades corticais e de tronco encefálico, caracterizando a morte encefálica e, portanto, a morte da pessoa (BRASIL, 2017a).

³ Este projeto, coordenado pela Prof^a. Dr^a. Enf^a. Juliana Graciela Vestena Zillmer tem por objetivo explorar as perspectivas e práticas dos trabalhadores em saúde sobre o processo de doação, captação e transplante de órgãos e tecidos em hospitais da Região Sul do Rio Grande do Sul (ZILLMER, *et al.*, 2017).

No segundo e terceiro capítulos são apresentados a delimitação do objeto em estudo com as questões e os objetivos que nortearam a construção do presente trabalho.

O quarto capítulo é composto pela revisão de literatura, na qual o leitor poderá ter uma maior explanação sobre o tema. Apresentou-se a fundamentação teórica, que foi organizada em dois eixos: o primeiro a partir de uma revisão narrativa, na qual se apresentou a contextualização do processo de doação de órgãos, aspectos históricos e legais e, o segundo com uma revisão integrativa a qual teve como objetivo identificar os estudos qualitativos publicados em nível mundial sobre a abordagem familiar no processo de doação de órgãos. A partir de uma análise bibliométrica para a caracterização dos estudos e uma análise de conteúdo para a discussão das categorias.

No quinto e sexto capítulos, serão apresentados o referencial teórico e o percurso metodológico respectivamente. Abordaram-se aspectos conceituais da Teoria da Ação Comunicativa (TAC) de Jürgen Habermas com enfoque no agir comunicativo dos profissionais de saúde em relação ao processo de doação de órgãos. No percurso metodológico descrevem-se os passos do método empreendido, o cenário, os participantes, as técnicas, instrumentos e gerenciamento da coleta de dados, assim como procedimentos para a análise do referido material.

No sétimo capítulo, são apresentados os resultados e a discussão dos núcleos de sentido encontrados: modos de agir dos profissionais diante da abordagem a família para doação e dificuldades no agir diante da abordagem a família para doação perante o agir comunicativo e estratégico firmados na Teoria da Ação Comunicativa. E por fim, no oitavo capítulo as considerações finais do estudo.

1 Introdução

No Brasil, a partir da implementação de uma política pública para o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante, houve progresso importante em relação às opções de tratamento para pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes mellitus, entre outras. Atualmente, mais de 90% dos transplantes são financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), destacando o Brasil como referência nessa modalidade de tratamento, sendo considerado um dos maiores sistemas públicos do mundo (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2017).

O número de transplantes de múltiplos órgãos no Brasil cresceu 61% nos últimos dez anos, quando comparado ao ano de 2007, em que foram realizados 86.206, e ao ano de 2007 com 53.283 transplantes efetivados (ABTO, 2017). Diante desse cenário, o país tornou-se o segundo maior efetivador de transplantes renais e hepáticos, ficando somente atrás dos Estados Unidos, país esse que conta com um sistema privado de saúde, o qual se constitui a principal forma de assistência médica norte americana (COSTA, 2013).

Em relação a todos os tipos de transplantes, em 2017 o Brasil atingiu a taxa de 41,6 por milhão de população (pmp), um acréscimo de 6,6% quando comparado aos 39,0 pmp em 2016. Tendo como objetivo chegar a 50 pmp até 2018, distante ainda da taxa de 100 pmp apresentadas pelos países com melhores desempenhos, como o caso da Espanha (ABTO, 2016, 2017).

Ao analisar os estados brasileiros com melhores desempenhos, o Distrito Federal aparece em primeiro lugar com uma taxa de 79,2 pmp, seguido de Paraná 74,2 pmp e Rio Grande do Sul 67,4 pmp, números, próximos aos dos países que apresentam as melhores taxas (ABTO, 2015; 2016). Nesse sentido, os referidos estados apresentam desempenhos desiguais quando comparados às outras regiões do país. O fato de as regiões Sul e Sudeste possuírem os melhores índices nacionais para transplante está relacionado às questões geopolíticas e

populacionais dessas regiões, pois apresentam melhor desenvolvimento quanto às condições estruturais dos hospitais que realizam transplantes, além de investimentos em programas educacionais sobre doação e transplante de órgãos (ABTO, 2016).

No caso de doadores efetivos⁴, apesar de ter ocorrido pequena queda no ano de 2015, com 14,1 pmp, em relação aos 14,2 pmp em 2014, o Brasil apresentou nova ascensão no ano de 2016 com 14,6 pmp, atingindo a meta estipulada para 2017, de 16,6 pmp, um acréscimo de 163,49% no número de doações, quando comparado com os 6,3 pmp em 2007 (ABTO, 2014; 2017). Nesse sentido, os números crescentes de doadores efetivos descritos na figura 1 vêm influenciando diretamente no número de pessoas que aguardam por um transplante no país reduzindo a lista de espera por um órgão.

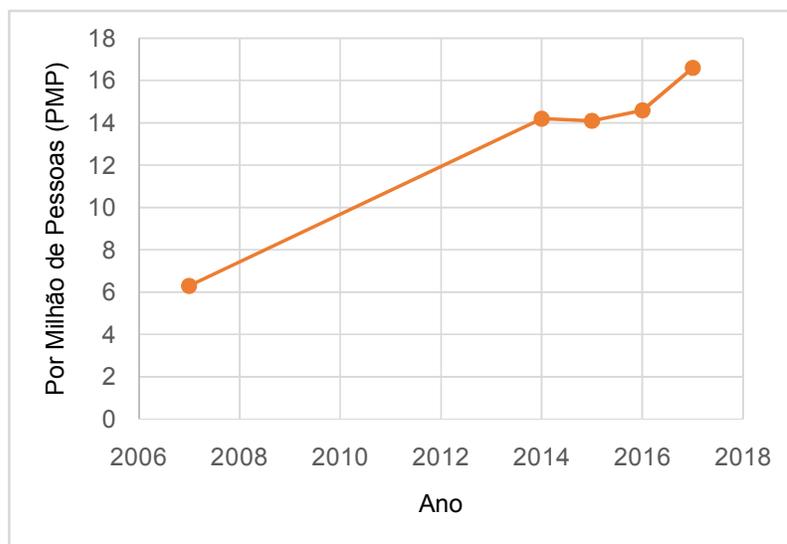


Figura 1 Doadores de órgãos efetivos

Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos dados da ABTO

Em 2010, 59.728 pessoas aguardavam na fila de espera por um transplante, quatro anos depois, o número caiu para 38.350, representando um decréscimo de 36% no período. Já para o ano de 2017, até o mês de setembro a lista de espera nacional de pacientes ativos era de 32.066, em números absolutos, decréscimo de 8,2% quando comparado aos 34.542 em 2016. Rins, córneas, fígado e coração, eram respectivamente, os órgãos mais aguardados (ABTO, 2012; 2016; 2017).

⁴Termo utilizado quando iniciada a cirurgia para a remoção dos órgãos (GARCIA, 2015).

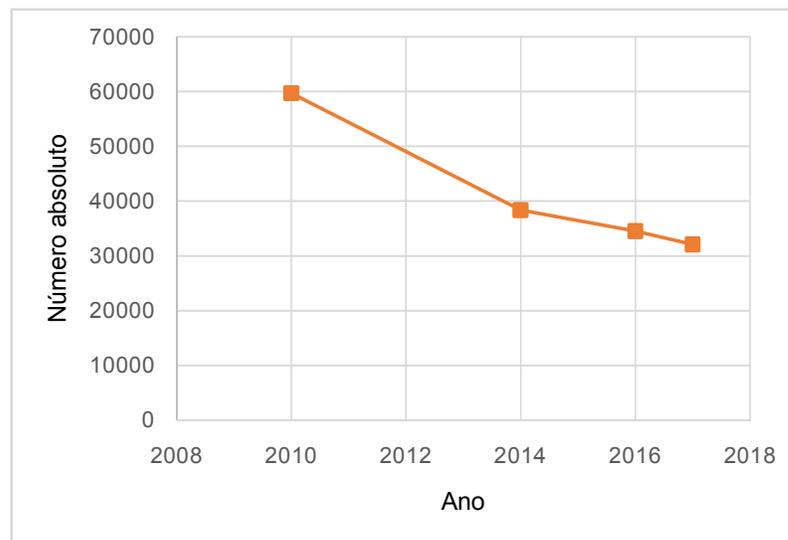


Figura 2 Número de pessoas que aguardam na lista de espera.
 Fonte: Elaborado pela própria pesquisadora, a partir dos dados da ABTO

Atualmente, o Brasil é o país da América Latina com a maior taxa de aceitação para doação, com o índice de 56% em 2016, enquanto que países como a Argentina, Chile e Uruguai apresentam 49%, 52% e 47% respectivamente. No entanto, apesar dos indicadores apontarem avanços importantes para o Brasil referentes às taxas de doação, eles ainda são insuficientes quando comparados ao número de pessoas que aguardam por um órgão na lista de espera. Assim, são inúmeros os fatores relacionados e considerados como entraves na redução da fila de espera no país. Dentre eles, destaca-se a recusa das famílias à doação de órgãos, a qual representa o maior desafio (BRASIL, 2016).

Estudos realizados no Brasil apontaram que a recusa familiar apresentou-se em elevadas taxas 44%, sendo a principal barreira para a efetividade de uma doação na maioria dos estados brasileiros. Estão associados à negativa das famílias fatores como abordagem profissional, falta de compreensão da ME, insatisfação com o atendimento recebido, desejo do potencial doador⁵, medo de comercialização dos órgãos, ideia da deformação do corpo após a doação e questões religiosas (ABTO, 2015; ALMEIDA *et al.*, 2012; COSTA *et al.*, 2017; LIMA; SILVA; PEREIRA, 2009; LIRA, *et al.*, 2012; MENDES, 2000; MORAES *et al.*, 2014; SADALA; NEADES, 2009).

⁵ Termo utilizado para referenciar quando aberto o protocolo para o diagnóstico de morte encefálica (GARCIA, 2015).

A falta de assistência à família após o consentimento, assim como o longo tempo de espera pela entrega do corpo para a realização do sepultamento — sendo que esse tempo pode ultrapassar 24 horas — também são considerados como importantes entraves. Essa demora ocasiona estresse e sofrimento, transformando-se em um momento traumático, refletindo negativamente no processo de doação (PESSOA; SCHIRMER; ROZA, 2013; ROSÁRIO *et al.*, 2013). Ainda, a falta de estrutura dos serviços de saúde assim como o conhecimento insuficiente da população contribuem para a negativa da doação. A maior parte dos fatores associados à recusa da família, está relacionada à ineficiente abordagem e ao despreparo dos profissionais envolvidos na captação dos órgãos (ALMEIDA *et al.*, 2012; OROY; STRØMSKAG; GJENGEDAL, 2013; PESSOA; SHIRMER E ROZA 2013; SANNER, 2007).

Nessa perspectiva, Pessalacia, Cortes e Ottoni (2011); Reche e Rodrigues (2007) apontaram que a falta de esclarecimento aos familiares acerca do processo de doação, assim como a relação estabelecida entre os profissionais de saúde com a família do potencial doador e as habilidades dos mesmos ao conduzirem a entrevista familiar, influenciaram no consentimento para a doação de órgãos.

Resultados semelhantes foram evidenciados por Dell Agnolo *et al.*, (2009) em estudo com familiares, apontaram a satisfação e credibilidade da família com a equipe que a aborda como determinantes para o consentimento à doação. Ainda, descrevem que a partir da interação com os profissionais é que os familiares conseguem perceber o sentido da doação de órgãos.

A partir do exposto, evidencia-se como crescente o número de estudos realizados sobre a abordagem a família para a doação de órgãos com ênfase na perspectiva de familiares. No entanto, ao procurar estudos que considerassem os profissionais de saúde, constatou-se a escassez de estudos sobre a temática. A maior parte da produção científica refere-se a abordagens quantitativas, as quais se concentram em enfoques clínicos e epidemiológicos (CAJADO, 2017; CINQUE; BIANCHI, 2010; DELL AGNOLO *et al.*, 2009; FERNANDES; BITTENCOURT; BOIN, 2015; NORONHA, 2012; ROZA *et al.*, 2010; TORRES; LAGE, 2013).

Diante disso, identificou-se que poucos foram os estudos qualitativos que buscaram analisar os discursos dos profissionais sobre a realização da abordagem da família para doação de órgãos. Os que abordam esse tema (ALMEIDA *et al.*,

2012; COSTA *et al.*, 2017; FONSECA *et al.*, 2014; 2016; LEITE; MARANHÃO; FARIAS, 2017; LIMA; SILVA; PEREIRA, 2006; 2009; MEYER; BJØRK, 2007; MORAES *et al.*, 2014; 2015; NEADES, 2009; OROY; STRØMSKAG; GJENGEDAL, 2013; 2014; PEARSON *et al.*, 2001; SADALA; MENDES, 2000; SADALA *et al.*, 2006; SANNER, 2007; SANTOS; MASSAROLLO, 2011; SANTOS; MASSAROLLO; MORAES, 2012), o fazem de forma pontual, sem aprofundamentos sobre a temática em questão, fato esse que impossibilita identificar as problemáticas que a circundam. De tal modo, mostra-se relevante tal investigação visto a efetividade do processo de doação de órgãos e tecidos depender da ação dos profissionais da CIHDOTT, que são responsáveis pelo gerenciamento das atividades que compõem o programa de doação de órgãos e tecidos.

Nesse sentido, identifica-se que quando os profissionais de saúde apresentam atitudes contrárias à doação de órgãos, a abordagem para a entrevista familiar modifica-se, de modo que esse passa ser um aspecto problemático, visto que os profissionais não se apresentaram confortáveis em dialogar sobre as constantes da doação. Além disso, percepções vivenciadas perante o processo de doação podem motivar influências na percepção da doação, tanto positivas como negativas, a outros profissionais e à sociedade, visto a atuação desse grupo também ser responsável pela formação de opiniões para o paciente, famílias, e sociedade (MEYER, 2007; SANNER, 2007).

O agir comunicativo é inerente à enfermagem, uma vez que “comunicação e a ação permitem ao enfermeiro compreender a realidade e a situação na qual o paciente está inserido e atuar de acordo com as diversidades que o contexto se apresenta” (CARVALHO *et al.*, 2017, p.1416). Desse modo, identifica-se que as concepções de ser humano antecedem a construção do ser profissional, as relações, sentidos, sentimentos e experiências vivenciados ao longo da vida são responsáveis e dão forma ao seu eu e como são estabelecidos os entrelaços desses sujeitos com o mundo ao seu redor.

A partir da Teoria do Agir Comunicativo de Habermas consegue-se evidenciar a influência que essas vivências promovem nas relações estabelecidas pelos profissionais de saúde, processo de doação de órgãos e sociedade. Nesta circunstância, têm-se as ações assistenciais no processo de doação de órgãos, envoltas pelo desenvolvimento de habilidades, principalmente quando relacionadas

à comunicação, as quais se mostraram necessárias e auxiliam os profissionais em uma nova forma de agir diante do que se experiência (HABERMAS, 2012)

Sob essa perspectiva, as habilidades referentes à comunicação moldam os atos de fala desses profissionais ao abordar a família para a doação de órgãos, o que mostra a importância de se investigar esse público, uma vez que suas práticas podem estar relacionadas ao baixo número de doações de órgãos. Tal evidência compromete o desenvolvimento de políticas públicas e a assistência à saúde das pessoas que vivenciam a condição crônica e aguardam um transplante no país.

A partir do exposto, o presente estudo tem como propósito responder a seguinte questão de pesquisa: **Quais modos de agir são construídos pelos profissionais, da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos, diante da entrevista da família para a doação?**

2 Pressupostos

Para esta Dissertação, foram elaborados os seguintes pressupostos:

No decorrer do processo de doação de órgãos e tecidos a família necessita ser acolhida e receber apoio dos profissionais da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos.

Os profissionais da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos apresentam dificuldades relacionadas à comunicação na abordagem das famílias para a entrevista para a doação de órgãos;

Os profissionais da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos identificam que a entrevista familiar é a etapa mais difícil de todo o processo de doação, uma vez que, se trata de um momento estressante, de dúvidas e de angústias para a família;

Os profissionais da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos possuem um sentimento de culpa e sentem-se responsabilizados pelo não aceite da família à doação de órgãos.

3 Objetivo

3.1 Objetivo geral

Compreender os modos de agir dos profissionais da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos a partir da interação com a família durante entrevista para a doação de órgãos.

4 Revisão de literatura

Neste capítulo, serão apresentadas duas revisões de literatura: uma revisão narrativa e outra do tipo integrativa. No primeiro momento, apresenta-se a contextualização do processo de doação de órgãos e tecidos: uma revisão narrativa, sendo constituída por dois subtemas “a doação de órgãos e tecidos para transplante: aspectos históricos e legais” e o “processo de doação de órgãos e tecidos para transplante”. Já no segundo momento, apresenta-se a “abordagem da família para doação de órgãos e tecidos: uma revisão integrativa”.

4.1 Contextualizando a doação de órgãos e tecidos: revisão narrativa

A revisão narrativa foi escolhida como primeira opção pela pesquisadora para apropriar-se de uma forma ampla do tema considerando a organização e construção do Sistema Nacional de Transplante. Segundo Rother (2007), a revisão narrativa consiste em uma literatura livre, representada por uma breve explicação ao leitor sobre determinada temática que se esteja a pesquisar. De tal forma, a revisão não se caracteriza pela sistematização ou critérios metodológicos, mas sim como aporte teórico baseado no caráter informativo.

A fim de construção teórica, foram consultados livros que abordam a história da temática, assim como, artigos, sites da Associação Brasileira de Transplantes (ABTO) e do Ministério da Saúde (MS), leis, resoluções, e portarias que descrevem sobre o processo de doação de órgãos. Posteriormente a leitura dos materiais, foram construídas as seguintes categorias que serão apresentadas a seguir: a doação de órgãos e tecidos para transplante no Brasil: aspectos históricos e legais; processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.

4.1.1 A doação de órgãos e tecidos para transplante no Brasil: aspectos históricos e legais

A prática de transplante de órgãos teve suas primeiras tentativas no início do século XX, embora tenha passagens na história que mencionam ainda outras tentativas milenares. Na Idade Média, foram descritas inúmeras experiências com humanos e animais, mas que por serem primitivas ainda não tiveram êxito. A partir desses ensaios, ao longo dos séculos e com o avanço em métodos e tratamentos da biomedicina, em 1954, nos Estados Unidos, o primeiro procedimento bem sucedido foi um transplante renal com doador vivo⁶. Após isso, a prática foi ganhando espaço em países da Europa e América Latina (LAMB, 2000).

No Brasil, o transplante de órgãos sólidos em humanos ocorreu a partir da década de 60, quando em 1964 tem-se o primeiro transplante renal realizado no Rio de Janeiro, e em 1968, um transplante de fígado realizado em São Paulo. Nesse aspecto, a prática foi se desenvolvendo gradativamente acompanhando os avanços tecnológicos na área, possibilitando em 1989 a efetivação do primeiro transplante pulmonar no Hospital Santa Casa de Porto Alegre. Esse acontecimento colocou o Brasil como o primeiro país da América do Sul a realizar tal procedimento, dando visibilidade ao mesmo no contexto mundial (FERREIRA, 1997; SANTA CASA DE MISERICÓRDIA PORTO ALEGRE, 2014).

Diante desse novo cenário, apesar da ampliação crescente do número de transplantes, os mesmos eram realizados sem nenhum critério que os regulamentassem. A partir da década de 90, no Brasil, ocorreram as primeiras discussões, por segmentos da sociedade como profissionais de saúde, representantes do governo, famílias de potenciais doadores, sobre a necessidade de elaborar medidas legais que normatizassem os procedimentos no país. Em decorrência destas, em 1997, foram implementadas as Leis nº 9.434/1997 e nº 10.211/2001, que dispõem sobre a remoção de órgãos e tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento (ABTO, 2003; BRASIL, 1997; BRASIL, 2001).

A partir disso, o Ministério da Saúde criou o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), por meio do Decreto nº 2.268, de 1997, sendo revogado

⁶Cidadão juridicamente capaz que, nos termos da lei, passa a doar órgãos ou tecido sem comprometimento de sua saúde e aptidões vitais (GARCIA, 2015).

posteriormente, em 2017, pelo Decreto 9.175 que regulamenta a Lei, dispondo sobre a rede assistencial e funcionamento de equipes e instituições, assim como as etapas legais para a realização do procedimento. Com a regulamentação, diferentes instâncias tornaram-se parte estruturante e constituem o SNT brasileiro, sendo elas apresentadas pelo fluxograma a seguir e descritas quanto sua finalidade (BRASIL, 1997; BRASIL, 2017a).

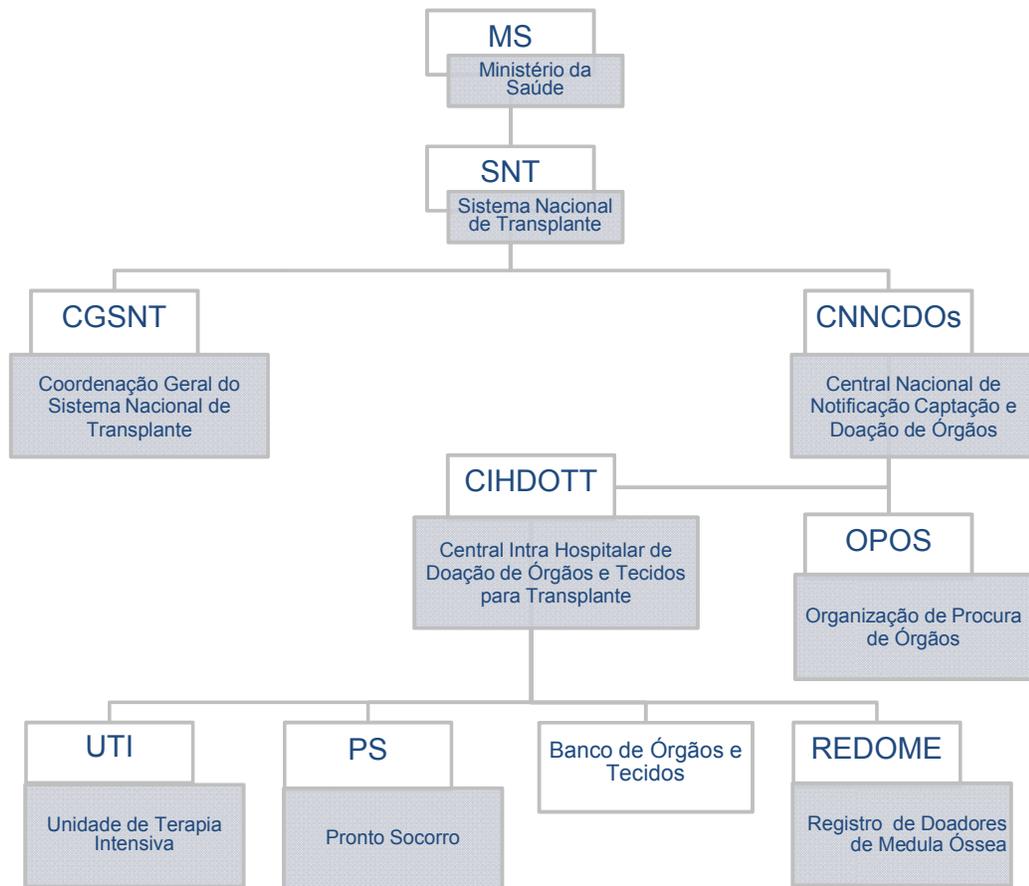


Figura 3 Fluxograma das instâncias que integram o SNT
Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT) exerce normatização e regulamentação dos procedimentos relativos à captação, alocação e distribuição de órgãos. Além disso, controla atividades que se desenvolvem e é responsável pelo planejamento estratégico da atividade do Sistema, assim como na identificação e correção de falhas verificadas no seu funcionamento (SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, s.a; BRASIL, 2014).

A Central Nacional de Notificação, Captação e Doação de Órgãos (CNNCDO) foi criada como um suporte do SNT, de caráter executivo. Tem como finalidade controlar as listas de receptores, estaduais, regionais e nacionais, buscando a transparência na distribuição de órgãos dentre outros; também é responsável por questões operacionais do processo, geração de informações e relatórios e logísticas nas relações com as companhias aéreas do país (SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, s.a; BRASIL, 2014).

A Organização de Procura de Órgãos (OPO) é uma esfera de suporte que ocorre por meio de uma equipe que viabiliza em conjunto com a Comissão Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) a logística de procura de órgãos e identificação do potencial doador em morte encefálica nos hospitais do país. Já as CIHDOTTs foram criadas a partir da Portaria 1.752⁷, com objetivo de organizar no âmbito hospitalar todo o processo de doação e captação de órgãos, estando diretamente articulada com as equipes de UTI e serviços de emergências. Elas têm como finalidade identificar potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação, assim como coordenar as entrevistas familiares e agilizar o processo de doação (SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, s.a; BRASIL, 2014).

Os Bancos de Órgãos e Tecidos são responsáveis pela retirada, processamento e conservação de órgãos e tecidos para fins de transplantes. Há ainda o Registro de Doadores de Medula Óssea (REDOME), órgão responsável pela busca de um doador compatível em bancos nacionais e internacionais, assim como realizar os exames necessários e transporte do material de medula óssea (SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, s.a; BRASIL, 2014).

A legislação sobre o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes no Brasil passou por algumas modificações desde sua criação. Tal legislação era inicialmente, constituída de medidas imprecisas, que não esclareciam os critérios de regulamentação, principalmente questões sobre a gratuidade da doação, consentimento do doador e a manifestação familiar. Desse modo, a lei poderia ter distintas interpretações sobre a possibilidade de comercialização dos órgãos, pois a mesma não explicitava a utilização estrita para fins terapêuticos e de caráter gratuito (MAYNARD *et al.*, 2016).

⁷ Portaria 1.752/2005- Dispõe que a criação das CIHDOTTs será obrigatória naqueles hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos (BRASIL, 2005).

Em relação ao consentimento do doador, foi uma das medidas que mais necessitou de modificações pelos inúmeros equívocos e críticas sofridas desde a criação da lei em 1997 até 2001, ano em que ocorreu a primeira alteração. Nesse sentido, cita-se a necessidade de o consentimento ser formalizado por meio de um documento expresso em vida pelo doador, o que pouco era realizado, limitando as doações. Já em outro momento, o manifesto negativo á doação deveria ser expresso ainda em vida, por meio de um documento oficial, como a Carteira de Identidade ou Carteira Nacional de Habilitação⁸ (MAYNARD *et al.*, 2016).

Diante disso, não constando a negativa no documento oficial, automaticamente o indivíduo tornava-se um doador. No entanto, a medida proposta com o intuito de aumentar o número de doadores teve baixa aceitação pela população brasileira. A redução do número de doares deu-se, pela elevada quantidade de registros com o não aceite à doação, devido ao receio de muitas pessoas terem seus órgãos retirados ainda em vida. Outro fato traz, que pessoas que não possuíam documentação oficial, como a população mais carente, apesar de serem potenciais doadores, eram impossibilitadas de doar, mesmo com o consentimento da família (MAYNARD *et al.*, 2016).

Frente a isso, modificações na legislação foram realizadas com uma nova redação, editada a partir da Lei 10.211/01⁹. Desse modo, destaca-se a revogação do consentimento presumido em documentos oficiais, devido à autorização para a retirada de órgãos ser estritamente feita pela decisão da família. A retirada de órgãos ou tecidos para finalidade terapêutica dependerá da autorização do cônjuge

⁸Lei de 9.434/97- Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Capítulo II: Artigo 4º - A expressão "não doador de órgãos e tecidos" deverá ser gravada, de forma indelével e inviolável, na Carteira de Identidade Civil e na Carteira Nacional de Habilitação da pessoa que optar por essa condição. Art. 6º - É vedada a remoção *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoas não identificadas. Art.9º - É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos ou partes do próprio corpo vivo para fim de transplante ou terapêuticos (BRASIL, 1997).

⁹Lei 10.211/01- Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento". Artigo 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 a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte". Art. 9º É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins terapêuticos ou para transplantes em cônjuge ou parentes consanguíneos até o quarto grau, inclusive, na forma do § 4º deste artigo, ou em qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial, dispensada esta em relação à medula óssea (BRASIL, 2001).

ou parentes consanguíneos, obedecendo-se a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau de parentesco, ou qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial (BRASIL, 2001).

A nova estrutura de consentimento torna inválida as manifestações sobre a doação constatadas nas Carteiras de Identidade ou Carteiras de Habilitação (CNH), assim como, expressa em qualquer documento oficial ainda em vida. Entretanto, essas mudanças geraram discussões por parte da população e profissionais de saúde acerca do consentimento em vida, visto que sua decisão em relação à da família passa a não ser considerada. Tais discussões apontam, que a família, por ter total responsabilidade pelo consentimento à doação de órgãos do ente falecido, uma vez não realizada a manifestação do desejo de doar em vida, há uma limitação quanto à autonomia quando se transfere o direito de decisão (MAYNARD *et al.* 2016).

Nessa perspectiva, o Decreto nº 9.175/17¹⁰ vem fortalecer a legislação vigente no país. As principais mudanças no novo texto tratam sobre a inclusão do companheiro como autorizador para a doação, sendo necessário, na versão anterior, estar oficialmente casado para a efetiva validação. Outra importante modificação faz referência ao diagnóstico¹¹ de morte encefálica, sendo extinta a necessidade da especialidade em neurologia para tal confirmação - esse definido com base em critérios do Conselho Federal de Medicina (CFM). Além disso, o atual decreto fortalece a decisão majoritária da família frente ao consentimento do doador, independentemente do seu desejo em vida (BRASIL, 2017b).

A vigente legislação traz alterações que visam à consolidação do processo de doação de órgãos e tecidos a partir do aprimoramento do SNT no Brasil. No entanto, o consentimento familiar ainda é alvo de discussões, as quais podem ser evidenciadas a seguir.

¹⁰Decreto Nº 9.175/17 - Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. A retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano, após a morte, somente poderá ser realizada com o consentimento livre e esclarecido da família do falecido, consignado de forma expressa em termo específico de autorização. 1º A autorização deverá ser do cônjuge, do companheiro ou de parente consanguíneo, de maior idade e juridicamente capaz, na linha reta ou colateral, até o segundo grau, e firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte (BRASIL, 2017a).

¹¹A equipe médica- são considerados capacitados médicos com no mínimo um ano de experiência no atendimento do paciente em coma, que tenham acompanhado ou realizado pelo menos dez determinações de ME e realizado treinamento específico para esse fim em programa que atenda as normas determinadas pelo Conselho Federal de Medicina (BRASIL, 2017b).

De acordo com Marinho (2011), a partir da nova Resolução, a pessoa é afastada da escolha do destino de seus órgãos, o que leva a necessidade de haver diálogo com a família, explicitando seu consentimento, pois facilitará a tomada de decisões da mesma frente à vontade da pessoa quando em vida. No entanto, é tido como elementar para o respeito de sua autonomia, o manifesto livre e documentado, enquanto ser humano hábil de pré-determinar as opções *post mortem*¹² para seu corpo.

Conforme o exposto, Rosário *et al.* (2013) evidenciaram que, quando a família conhece a vontade do familiar, a decisão e segurança no momento de doar tornam-se mais fáceis e menos dolorosas para ela. No entanto, identifica-se a falta de discussão sobre o tema na sociedade brasileira, já que 64% das famílias entrevistadas no referido estudo desconheciam o desejo de seu familiar em vida. O mesmo ainda aponta que, apesar de os familiares terem conhecimento, 60% não respeitaram a vontade do ente falecido em ser um doador.

Dessa forma, ao transferir a decisão do indivíduo para a família de ser ou não um doador é necessário refletir que implicações pode ter para ambos. Manifestar para a família a vontade de ser um doador é passar a refletir e dialogar sobre a morte de alguém que é membro dela. Falar sobre esse tema pode produzir momentos conflituosos, gerando dificuldade de enfrentamento entre os envolvidos. Diante disso, os profissionais de saúde, principalmente a enfermagem, necessitam oportunizar às famílias espaços de diálogo sobre o tema e, assim, desenvolver estratégias para que os mesmos sejam incluídos na discussão e participem da decisão, seja esta por doar ou não.

4.1.2 Processo de doação de órgãos e tecidos para transplante

Neste subtema, serão apresentadas as etapas do processo de doação de órgãos e tecidos para transplante mediante a figura 4 e, em seguida será descrito o que compreende cada uma das etapas.

¹²*Post mortem* - expressão advinda do latim, cujo significado atribui-se à pessoa após a morte. Disponível em: Dicionário de Latim Online: significados de palavras e expressões em latim 2007-2018. Acesso em: Out 2017.

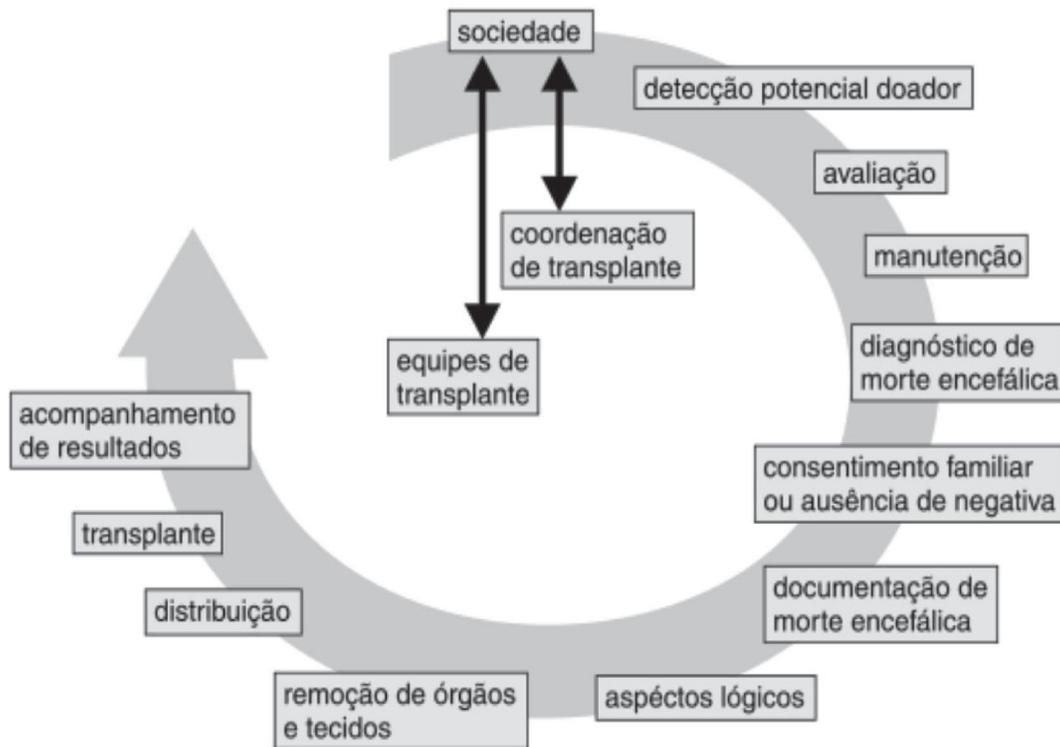


Figura 4 Etapas do processo de doação – transplante de órgãos e tecidos

Fonte: Diretrizes Básicas para a Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos da Associação Brasileira de Transplantes de órgãos. [coordenação executiva Roni de Carvalho Fernandes, Wangles de Vasconcelos Soler; coordenação geral Walter Antônio Pereira]. São Paulo: ABTO - Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2009.

Para o processo de doação e transplante de órgãos iniciar, é necessária a identificação de um potencial doador, paciente este com critérios clínicos que sinalizam a morte encefálica sem contra-indicações aos receptores; após o diagnóstico de morte encefálica, a central de transplantes deve ser notificada. Nesse caso, a notificação é exigida para todos os pacientes com tal diagnóstico, independentemente do desejo da família ou das condições clínicas do doador (ABTO, 2009).

No entanto, Shein *et al.* (2008), identificaram que, durante essa etapa, entender e compreender o conceito de morte encefálica pode influenciar no processo decisório da doação. Em seu estudo desenvolvido no Sul do Brasil, com profissionais médicos intensivistas, revela que 17% do total de entrevistados desconhecem o conceito de morte encefálica, sendo que parte destes relataram não sentir total segurança ao abordarem o assunto com família.

Freire *et al.* (2015), apontaram que o desconhecimento de morte encefálica, tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos familiares, representa uma barreira,

estando diretamente associado à recusa da doação para transplante. De modo semelhante, estudo realizado no Brasil por Moraes *et al.* (2014) aponta que a falta de conhecimento sobre a morte encefálica, a subnotificação de possíveis doadores, o diagnóstico, a assistência e a abordagem familiar representam os principais desafios referidos pelos profissionais de saúde frente às etapas da doação.

Após a identificação do potencial doador, as etapas seguintes referem-se à avaliação clínica e laboratorial e à manutenção do mesmo, momento este em que serão realizados todos os exames para a comprovação da morte encefálica, como exames clínicos e de imagem, além dos cuidados em relação à estabilidade, viabilidade e qualidade dos órgãos e tecidos (ABTO, 2009).

Nesse sentido, Guetti e Marques (2008) evidenciaram que a equipe de enfermagem tem papel primordial no controle da estabilidade hemodinâmica, a fim de garantir condição favorável dos órgãos para a doação. No entanto, esta é uma fase complexa, visto as incertezas técnicas e bioéticas referentes à morte, a qual tem produzido uma insatisfatória assistência quanto à manutenção do potencial doador pelos profissionais de saúde.

Cavalcante *et al.* (2014) revelaram que o desconhecimento e o despreparo emocional para o processo de doação levam ao afastamento do profissional de saúde do paciente potencial doador e sua família. De tal modo, passam a orientar sua assistência para aqueles que apresentam prognósticos favoráveis à vida, fato este, que é refletido na precarização do cuidado durante as etapas do processo.

Nessa perspectiva, Guido *et al.* (2009) identificaram em um estudo realizado com enfermeiros e técnicos de enfermagem que a manutenção do potencial doador é percebida como um momento estressante visto a reação da família diante da morte encefálica e a necessidade de orientação e suporte emocional para mesma.

Para se diagnosticar a morte encefálica, são necessários testes que comprovarão tal hipótese. Para isso, são realizados dois exames clínicos referentes ao coma aperceptivo com ausência de atividade motora supraespinal e apneia e, exames complementares que comprovem a ausência de atividade elétrica cerebral, metabólica e sanguínea. Ambos os testes devem ser realizados por dois médicos com no mínimo um ano de experiência no atendimento de pacientes em coma e que tenham acompanhado e realizado cursos para determinação de ME. Além disso,

não devem fazer parte das equipes que posteriormente farão a captação dos órgãos (BRASIL, 2017).

Posterior à realização dessas etapas, é o momento em que a família deverá ser abordada pela CIHDOTT para a doação de órgãos. Desse modo, a abordagem mediante a entrevista familiar é considerada a mais complexa e delicada das etapas que compõem o processo, envolvendo questões éticas, legais e emocionais dos profissionais de saúde. Durante essa fase de abordagem, o entrevistador deverá ser o profissional integrante da CIHDOTT com habilidade e preparo para uma comunicação clara, objetiva e eficaz, proporcionando aos familiares todos os esclarecimentos necessários para uma tomada de decisão segura e consciente (MORAES *et al.*, 2014).

Após a solicitação do consentimento da família, se favorável à doação, começa-se a logística referente ao deslocamento das equipes que realizam a remoção dos órgãos, bem como sua alocação¹³. Dessa forma, a extração dos órgãos é realizada de forma que os receptores já estão à espera do transplante, conforme pré-avaliação das condições clínicas na lista de espera de determinado órgão (GARCIA, 2015).

As transformações ocorridas na composição das famílias brasileiras têm influenciado na decisão do processo de doação de órgãos. Compreende-se a família como uma instituição social estruturada, reunida por laços afetivos, com crenças e valores fundamentais para a socialização e transformações do desenvolvimento humano. No entanto, essa estrutura conceitual não se aplica da mesma forma nas distintas representações familiares em nosso país (FACO; MELCHIORI, 2007).

Embora predominantemente constituída pelo homem, mulher e filhos, os padrões tradicionais de família vêm modificando-se. Atualmente, encontramos novos arranjos familiares, compostos por separações e novas uniões com padrasto, madrasta e meio-irmão. Dessa nova composição, encontram-se também casais sem filhos, relações entre pessoas do mesmo sexo, pessoas vivendo sozinhas, pai ou mãe morando com seus filhos, entre outros (FACO; MELCHIORI, 2007).

A partir dessa nova configuração, cita-se a consolidação da atual representatividade da mulher na sociedade, tanto no sustento da família como na

¹³ Seleção de um ou mais receptores para determinado órgão ou tecido humano (GARCIA, 2015).

liderança exercida no trabalho. Hoje, a mulher desempenha papel central do eixo familiar, com forte empoderamento quanto à tomada de decisões. Nesse sentido, os avanços e transformações ocorridos nos arranjos familiares vêm sendo refletidos nas discussões de temáticas com fatores conflitantes como o caso do consentimento para a doação de órgãos (MORAES, 2012).

O atual contexto familiar também reflete a forma com que o adoecimento e a morte passam a ser vivenciados. Para muitas famílias são constituídos por um processo doloroso, de negação à perda, tido pelo estresse permanente quanto às decisões e situações a enfrentar. De tal modo, quando o luto é acompanhado por questões referentes ao consentimento à doação de órgãos, o momento de dor amplia-se, dificultando a tomada de decisão. Isso acontece, principalmente quando se desconhece a vontade do potencial doador, tornando ainda mais delicada a abordagem familiar (LUSTOSA, 2007).

Nesse sentido, estudo realizado por Santos e Massarollo (2011) no Brasil revelou que a falta de diálogo entre a família ocasiona o desconhecimento sobre o desejo do doador em vida, sendo uma das principais causas da negativa a doação. Ainda, o estudo pontua que a falta de diálogo é motivada pela aversão em discutir assuntos ligados à morte, devido à crença de que este é um fato distante de si ou dos familiares.

De acordo com Kobus *et al.* (2015), a maior parte das pessoas entrevistadas relataram não informar a família sobre o desejo em doar os órgãos após a morte, sendo que essa maioria está compreendida na faixa etária acima dos 40 anos. Ainda o mesmo aponta que pessoas com menor grau de escolaridade apresentam pouco conhecimento e informação sobre o tema, tendo maiores chances de negativa à doação. Nessa perspectiva, Maynard *et al.* (2015) ressalta que nesse momento a família precisa sentir-se segura para poder desabafar, ser compreendida independentemente do consentimento. Para isso, as equipes precisam estar preparadas para lidar com os comportamentos e sentimentos gerados pelo luto, dispendo-se em acolhê-las nas distintas fases do processo.

Segundo a ABTO (2009), o sucesso da entrevista com a família está relacionado não só à abordagem de quem realiza, mas, para além disso, a fatores como qualidade do atendimento hospitalar recebido, identificação do familiar com melhor aceitação para oferecer a opção à doação, ambiente tranquilo e confortável

parecem favorecer a abordagem. Nesse sentido, Rech e Rodrigues (2007), evidenciaram que a partir do primeiro contato do profissional com os familiares é que se estabelecerão os vínculos necessários para que a família sinta-se acolhida, disposta a doar.

Por fim, as etapas finais do processo dão-se pela remoção de órgãos e a entrega do corpo à família. Para a remoção dos órgãos do potencial doador seguem-se os critérios vigentes na legislação¹⁴, no entanto, essa fase pode demandar tempo em função da complexidade do procedimento, visto a logística necessária para o acondicionamento, armazenagem e transporte dos órgãos e tecidos. Nesse sentido, a burocracia do processo também é um fator que influencia na negativa das famílias (ABTO, 2009).

Estudo desenvolvido por Roza *et al.* (2010), demonstrou que a falta de informação sobre o procedimento de retirada dos órgãos assim como a reconstituição do corpo e devolução do mesmo para o funeral estão entre os questionamentos da família. Dessa forma, a falta de acolhimento pós-remoção dos órgãos agrava o sofrimento da família com relação à perda do ente querido, contribuindo para uma imagem negativa do processo de doação e para a estigmatização desta.

Assim sendo, é identificada a dificuldade que os profissionais de saúde apresentam em oferecer assistência e acolhimento às famílias, visto a falta de habilidades emocionais e o medo de envolvimento com as mesmas. Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH) traz como acolhimento a capacidade de conhecer o outro dentro das suas necessidades de saúde, a base das relações, a confiança e vínculo estabelecidos, sejam elas entre serviço, equipes e usuários. Para isso, as instituições e equipes de saúde têm de garantir “atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p.6).

Ao conhecer as etapas do processo de doação de órgãos e tecidos, podem-se identificar possíveis entraves que comprometem o mesmo. A relação dos

¹⁴Lei de 9.434/97- Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Art.19 - Deixar de recompor cadáver, devolvendo-lhe aspecto condigno, para sepultamento ou deixar de entregar ou retardar sua entrega aos familiares ou interessados: Pena - detenção, de seis meses a dois anos (BRASIL, 1997).

profissionais com o doador e sua família está permeada de questões que envolvem concepções de vida e morte, em decorrência da cultura e o contexto onde vivem, assim como da moral e ética, influenciando nas decisões e escolhas de cada indivíduo e ou família, sendo este um tema que necessita de investigação.

4.2 Abordagem da família para doação de órgãos e tecidos: revisão integrativa

Nesta seção, serão apresentados os estudos encontrados sobre a abordagem da família para a doação de órgãos e tecidos na perspectiva do profissional de saúde mediante a realização de uma revisão integrativa. Nesse tipo de revisão, buscam-se de forma sistematizada e metodológica evidências científicas sobre determinada temática. De tal modo, a revisão integrativa é realizada a partir da síntese dos resultados de estudos previamente pesquisados, nos quais o pesquisador irá buscar o esgotamento teórico, a fim de maior aprofundamento sobre o assunto a ser pesquisado. Para desenvolvê-la foram obedecidas as seguintes etapas: elaboração da questão de pesquisa, busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4.2.1 Aspectos operacionais da revisão integrativa

A questão de pesquisa que orientou a construção desta revisão foi: “que estudos qualitativos foram realizados sobre a abordagem familiar no processo de doação de órgãos na perspectiva dos profissionais de saúde?”. Para responder tal questão, formulou-se o seguinte objetivo: caracterizar a produção científica nacional e internacional em saúde sobre a abordagem familiar no processo de doação de órgãos e tecidos na perspectiva dos profissionais de saúde.

A busca foi realizada no período de junho a julho de 2017. Foram consultadas as seguintes bases de dados *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*, e *Sage Journals*; e os motores de busca *PubMed* e *Google Acadêmico*. Além dessas foram consultados os bancos de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), e da *Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN)*.

Para buscar os estudos, utilizaram-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): (“Obtenção de tecidos e órgãos” OR “*tissue and Organ Procurement*” OR “Transplante de órgãos” OR “*Organ Transplantation*” OR “Doação de Órgãos” OR “*Organ Donation*”) AND (“Entrevista” OR “*Interview*”) OR (“Entrevistas como Assunto” OR “*Interviews as topic*”) AND (“Relações profissional-família” OR “*Professional-familyrelations*”) AND (“consentimento presumido” OR “*Presumed consente*”) AND (“Atitude do Pessoal de Saúde” OR “*Attitude of Health Personnel*”).

Incluíram-se como critérios de inclusão estudos qualitativos nacionais e internacionais, realizados no período 1997 a 2017, ou seja, nos dez anos de implementação do SNT, que utilizaram como participantes profissionais de saúde e que tratavam sobre a entrevista familiar; excluíram-se artigos de revisão quantitativos, editoriais, de reflexão e realizados com familiares. Foram identificados 3393 artigos, 246 retirados por serem duplicados, lidos 3147 títulos, sendo que 3005 foram excluídos por não terem relação com o tema proposto.

A partir disso, deu-se seguimento à leitura dos 142 resumos dos artigos; nessa etapa, excluíram-se 75 artigos por tratar-se de estudos quantitativos, casos clínicos, revisões de literatura e realizados com familiares, restando 66 estudos para a leitura na íntegra. A fase final foi composta pela leitura completa dos 67 estudos, excluindo-se 48 por não abordarem sobre a entrevista familiar. Dessa forma, foram selecionados 19 artigos que corresponderam ao objetivo proposto, compondo a análise sistemática do estudo.

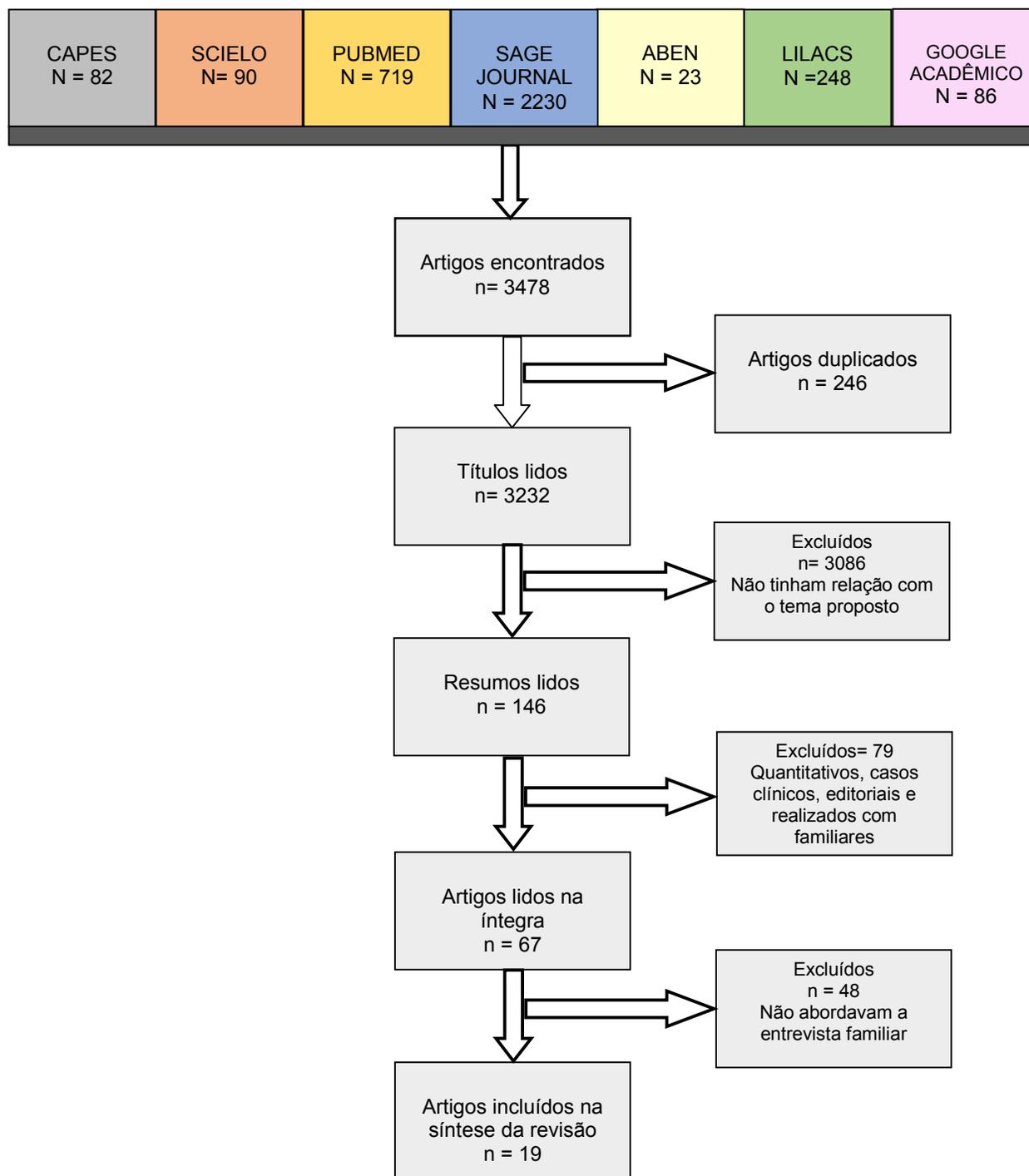


Figura 5 Fluxograma com a síntese da seleção dos artigos
 Fonte: Construído pela própria pesquisadora.

4.2.2 Resultados da Revisão Integrativa

Os resultados desta revisão serão apresentados em dois momentos: O primeiro, a partir de uma análise bibliométrica, com a construção prévia de um banco de dados elaborados em um arquivo no Excel, gerenciado pelo programa *Stata9*, mediante estatística descritiva, percentual e frequências.

Em um segundo momento, será apresentada a discussão das categorias construídas sobre os achados e possíveis contribuições à produção de conhecimento sobre o tema, compatível com o objetivo proposto pelo estudo mediante análise de conteúdo (SHIE; SHANON, 2005). Para tal, preencheu-se um quadro em arquivo do *Word*, estando este disponível na íntegra (Apêndice A), com os seguintes itens: autores dos artigos, países, descritores, objetivos, métodos, resultados, propostas, base de dados e revista de publicação, a fim de caracterizar os estudos para que posteriormente fossem gerenciados pelo programa *Ethnograph V6*, versão demo.

4.2.2.1. Caracterização dos estudos: análise bibliométrica

A bibliometria tem sido utilizada como uma ferramenta para avaliar e interpretar as variáveis estatísticas de determinada produção científica. Dessa forma, ela é um método flexível, que busca qualificar o desenvolvimento da ciência a partir da análise quantitativa de suas informações (ARAÚJO; ALVARENGA, 2011). Para o gerenciamento dos dados utilizou-se o programa *Stata 9* e para análise bibliométrica dos estudos encontrados foram considerados três indicadores sendo eles: indicador de desempenho dos autores, indicador de desempenho das revistas e indicador de desempenho dos artigos.

4.2.2.1.1 Indicador de desempenho dos autores

Quanto as instituições dos autores as quais pertencem, o maior número de publicações está na Universidade de São Paulo com quatro (21.05%) estudos, seguido das Universidades, Federal Fluminense (UFF/RJ), Centro Universitário São Camilo (SP), Universidade de Bergen (Noruega) e Universidade Estadual Paulista

(UNESP) com dois (10.53%) estudos cada. Com um (5.26%) estudo cada, aparecem a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), Hospital Regional Norte (CE), Hospital em Oslo (Noruega), Universidade de Melbourne (Austrália), Universidade de Uppsala (Suécia), Napier University (Escócia) e Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (CE).

Na figura a seguir são apresentadas o tipo de colaboração entre os autores. A partir disso, constata-se que na literatura encontrada ainda são poucos os estudos com colaboração internacional.

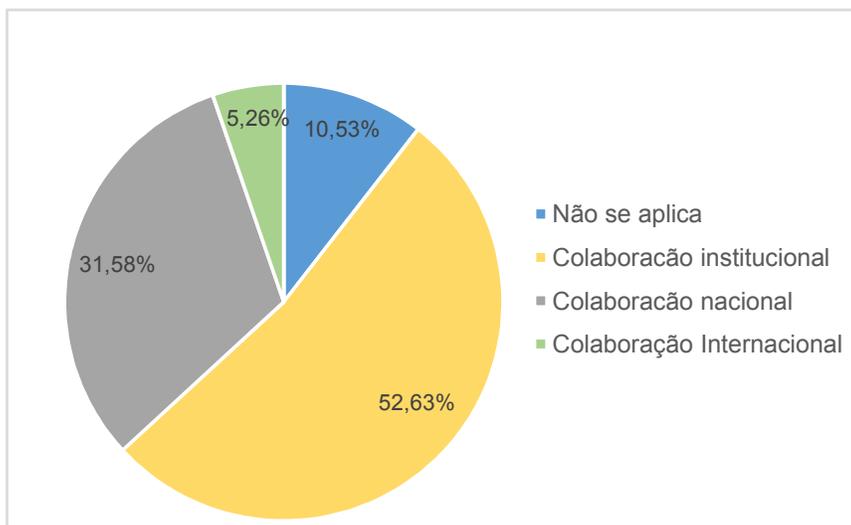


Figura 6 Tipo de colaboração entre os autores.
Fonte: Construído pela própria pesquisadora e autora, 2018

Segundo Coelho, Vaz e Albuquerque (2014), a troca de saberes em diferentes regiões do mundo é apontada como fundamental quanto ao desenvolvimento da ciência. O trabalho em conjunto entre distintas culturas e saberes amplia e estimula a visibilidade das pesquisas através do fortalecendo e desenvolvimento de distintas temáticas.

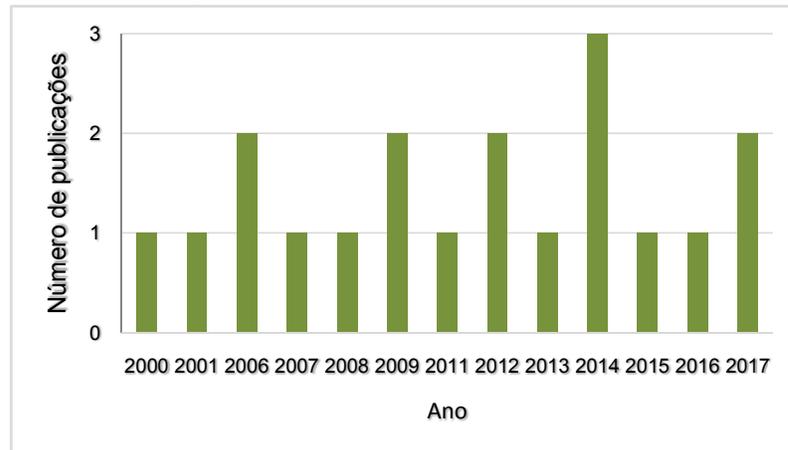


Figura 7 Ano de publicação
 Fonte: Construído pela própria pesquisadora

Quanto ao país do principal autor com maior número de publicações, aparecem 13 (68.42%) estudo no Brasil, três (15.79 %) na Noruega e um (5.26 %) estudo para a Suécia, Reino Unido e Austrália. Nesse contexto, apesar de nesta pesquisa o Brasil apresentar o maior número de publicações sobre o tema, destaca-se que a Suécia e a Austrália apresentam amplo desenvolvimento quanto políticas públicas na área (PEARSON, 2001; SANNER, 2007).

Nesse sentido, o fato da produção científica brasileira frente à doação de órgãos ser crescente, dá-se a partir da criação dos cursos de pós-graduação em enfermagem na década de 70 e 80. Além disso, destaca-se o interesse de enfermeiros em pesquisas na referida, visto a relação existente a partir da atuação desses profissionais no processo de doação de órgãos. Apesar disso, destaca-se como baixo número da produção científica nesta temática quando comparadas com outras áreas no âmbito da saúde (CICOLO; ROZA; SCHIRMER, 2010).

4.2.2.1.2 Indicador de desempenho das revistas

Na figura a seguir são apresentadas as revistas onde os estudos foram publicados. Dentre elas, destacam-se as com maiores publicações sobre a temática: *Acta Paulista de Enfermagem*, *Nursing Ethics*, *Cuidado Fundamental Online* e *Intensive and Critical Care Nursing*, com os respectivos Fatores de Impacto (FI) 0.5362; 1,755; 0,522; 1,1. Seguidos das revistas com menores números de publicações: *Enfermaria global*, *Latino-Americana de Enfermagem*, *Escola de*

Enfermagem da USP; *Journal of Clinical Nursing*, *Qualitative Health Research*, *O Mundo da Saúde*, *Online Brazilian Journal of Nursing*, *Journal of Critical Care*, *Multidisciplinaridade e Psicologia* com os respectivos FI: 0,12; 0,634; 1,214; 2,036; 1,657; 0,12; 0,14; 2,648; 0.0341.

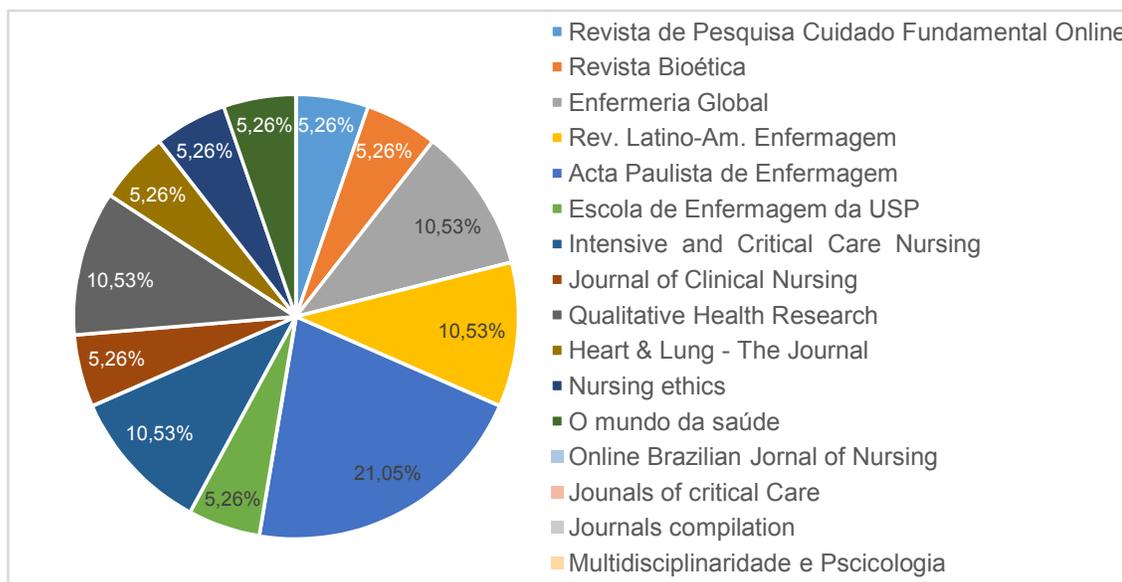


Figura 8 Revistas onde os estudos foram publicados
 Fonte: Construído pela própria pesquisadora e autora, 2018.

Nesse sentido, Barata (2015) identifica que o FI é um instrumento que busca quantificar a produtividade científica dos autores, a fim de determinar a qualidade de suas publicações. No entanto, apesar da produção brasileira ter progredido ao longo dos últimos anos em número de periódicos, os mesmos podem apresentar baixa qualidade do material publicado. Nesse sentido, são poucas as revistas que apresentam fator de impacto relevante, o que torna preocupante o desenvolvimento de pesquisas no país acerca da temática pesquisada.

Na figura a seguir são apresentados os idiomas das publicações sobre a temática pesquisada. Evidencia-se que a maior parte das produções encontradas estão publicadas em português, que vem ao encontro com o país de maior produção sobre o tema, sendo nesta pesquisa o Brasil.

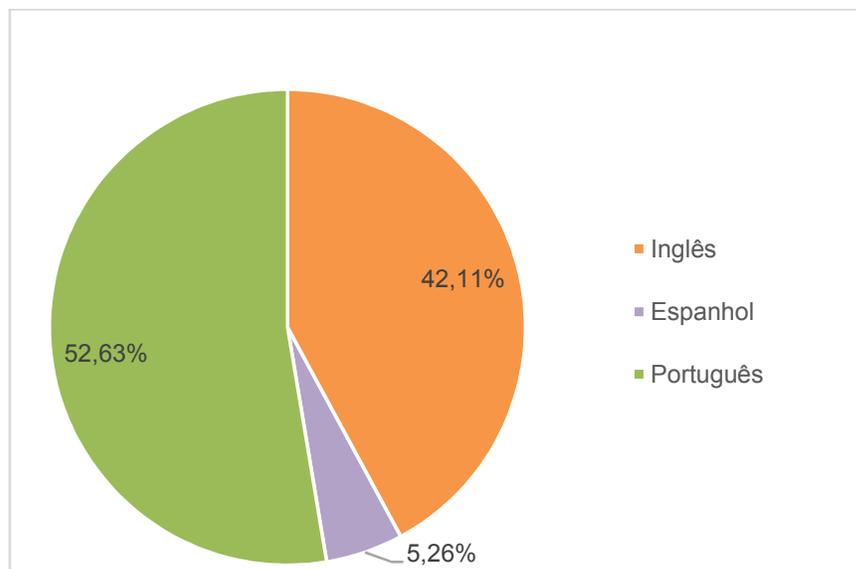


Figura 9 Idioma da Publicação
 Fonte: Construído pela própria pesquisadora.

Enquanto às áreas de conhecimento das revistas, 12 estudos (63.16%) abrangem a área da enfermagem, três (15.79%) ciências da saúde, dois (10.53%) medicina e um (5.26%) psicologia; um estudo não se aplicou em nenhuma área. Em relação ao tema do estudo, 19 (100%), trataram sobre a doação e transplante de órgãos na perspectiva dos profissionais de saúde. A partir do exposto, evidencia-se escassez de publicações em revistas de caráter multidisciplinar, uma vez que se trata de um tema que diz respeito a áreas da saúde e educação. Tal achado leva à produção sobre o tema manter-se restrita principalmente na enfermagem, área que domina as publicações sobre a temática, não sendo visível a outros profissionais que também são incluídos no decorrer do processo.

4.2.2.1.3 Indicador de desempenho dos artigos

Dos estudos, seis (31.58%) abordaram a compreensão como unidade de análise, seguidos de quatro (21.05%) como significado e experiências, dois (10.53%) como conhecimento e perspectiva, e um (5.26%) como estratégia. Como referencial teórico utilizado, sete (36.84%) não mencionam o uso, seis (31.58%) utilizaram a fenomenologia, quatro (21.05%) fenomenologia e hermenêutica em conjunto, e dois (10.53%) hermenêutica. Como técnicas de coleta de dados, 16 (84.21%) utilizaram entrevistas e três (15.79%) entrevista e observação. Quanto ao tipo de entrevista,

observou-se a semi-estruturada a mais frequente entre os estudos. Quanto ao tipo de observação, destacam-se a simples e a participante.

A partir dos achados, evidencia-se que considerável parcela da produção científica é marcada pela fragilidade do rigor teórico metodológico, no que diz respeito, ao uso de referencial teórico. A ausência de reflexividade sobre a relação entre o referencial teórico e objeto é um dos achados nesta pesquisa. Outro aspecto evidenciado refere-se à dominância restrita de modalidades de técnicas de coleta de dados, diante das distintas escolhas que abrangem o percurso investigativo das produções científicas. De acordo com Deslandes e Iriarte (2012), identifica-se que a falta de clareza e detalhamento no método são uma limitação encontrada frequentemente em distintas áreas. No entanto, essa ocorrência coloca em dúvida a qualidade dessas produções que circundam o meio científico.

Na figura a seguir, são apresentados os participantes em estudo que mais foram pesquisados.

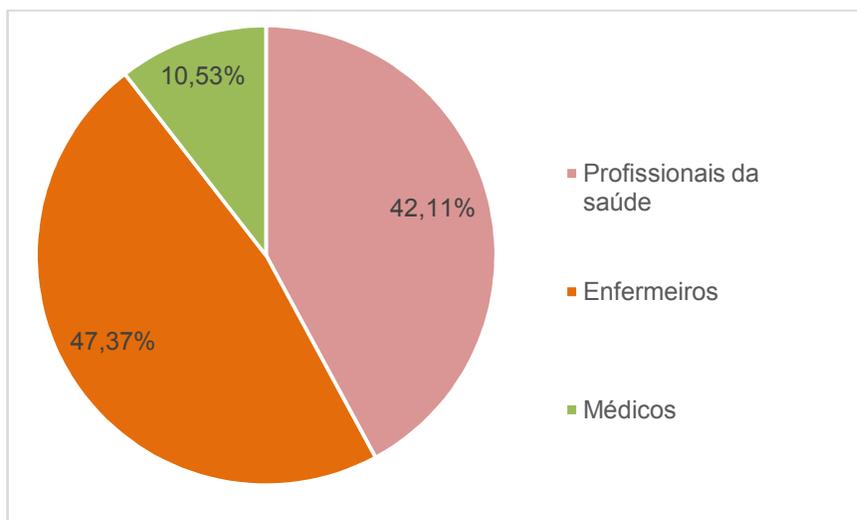


Figura 10 População do Estudo
Fonte: Construído pela própria pesquisadora.

Analisando os participantes pesquisados, evidencia-se que os enfermeiros foram o foco de pesquisa na maior parte dos estudos, fato que parece estar atribuído a sua aproximação na assistência realizada aos cuidados ao paciente e famílias. No entanto, pouco se tem pesquisado, considerando outros profissionais de saúde, como por exemplo, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros, dentro dessa temática.

Outro aspecto identificado nesta pesquisa foi a escassez da utilização de programas para o gerenciamento e organização dos dados, sendo que apenas dois (10.52%) mencionaram utilizar a ferramenta. Um fato que pode ser atribuído a sua não utilização é que essas ferramentas, em sua maioria, apresentam elevados custos, visto a falta de financiamento que muitas pesquisas enfrentam para sua realização. Nessa perspectiva, Jacks *et al.* (2016) pontuam que a ausência da utilização de programas na organização dos dados leva ao risco de os mesmos não serem analisados ou até mesmo perdidos quando gerenciados de forma manual, visto a grande demanda de informações geradas ao longo de uma pesquisa. Nesse sentido, segundo o autor, a utilização de programas permite o cruzamento dos dados, facilitando o trabalho do pesquisador, bem como concebendo maior visibilidade acerca do material coletado.

Quanto ao tipo de análise de dados utilizada, aparecem cinco (26.32%) com a análise de conteúdo, quatro (21.05%) ideográfica, três (15.79%) temática e fenomenológica, dois (10.53%) discurso do sujeito coletivo e dois (10.53%) não mencionaram. Ao avaliar as propostas sugeridas pelos participantes, sete (36.84%) estudos apontam para a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, quatro (21.05%) não mencionaram, três (15.79%) afirmam que é necessário desenvolver algum tipo de intervenção, quatro (21.06%) defendem que o foco necessita estar na educação e humanização e um (5.26%) trata sobre a necessidade do trabalho colaborativo. Identifica-se, na maior parte dos estudos, que a capacitação profissional para a abordagem familiar parece ser uma necessidade emergente, visto enfrentarem dificuldades em realizá-la.

Constatou-se que os estudos qualitativos na área de doação e transplante de órgãos, em se tratando da abordagem familiar, ainda são insuficientes para compreender os entraves e apontar estratégias para melhorá-la. Faz-se necessário maior investigação sobre a temática, considerando rigor teórico metodológico, atores envolvidos e distintos contextos de investigação, visto ser um tema pouco explorado a partir de uma perspectiva crítica.

4.2.2.2 Discussão das Categorias

Para melhor compreensão dos resultados que emergiram da pesquisa de revisão, optou-se em discutí-los por meio da categorização: a partir do conjunto de dados obtidos realizou-se uma análise de conteúdo (HSIEH; SHANON, 2005). Nessa perspectiva, a partir dos resultados dos 19 artigos encontrados na revisão integrativa, a análise do material procedeu-se da seguinte forma:

a) Como primeiro passo, foi realizada a pré-exploração do material a partir da leitura flutuante, a qual permite conhecer de forma abrangente o contexto que será analisado.

b) Após a releitura dos dados, buscou-se identificar as ideias principais de cada elemento a fim de organizar os dados brutos e transformá-los em códigos.

c) Posterior à codificação, iniciou-se a construção das categorias, sendo nessa etapa em que a pesquisadora realizou o agrupamento dos códigos por semelhança de temáticas, as quais foram construídas a partir da exploração dos significados manifestados e não manifestados no material em análise.

A partir disso, constituiu-se a construção das seguintes categorias: Aspectos bioéticos no processo de doação de órgãos (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2009; MEYER; BJØRK, 2007; NEADES, 2009; OROY; STRØMSKAG; GJENGEDAL, 2013; 2014; SANNER, 2007); Percepção dos profissionais de saúde quanto ao processo de doação de órgãos (COSTA *et al.*, 2017; FONSECA *et al.*, 2016; LEITE; MARANHÃO; FARIAS, 2017; LIMA; SILVA; PEREIRA, 2006; 2009; MEYER; BJØRK, 2007; OROY; STRØMSKAG; GJENGEDAL, 2013; PEARSON *et al.*, 2001; SANNER, 2007); Percepção dos profissionais quanto à entrevista familiar (FONSECA *et al.*, 2014; 2016; OROY; STRØMSKAG; GJENGEDAL, 2013; SADALA *et al.*, 2006; SANNER, 2007; SANTOS; MASSAROLLO, 2011; SANTOS; MASSAROLLO; MORAES, 2012); Assistência à família do potencial doador (ALMEIDA *et al.*, 2012; LEITE; MARANHÃO; FARIAS, 2017; MEYER; BJØRK, 2007; MORAES *et al.*, 2014; SADALA *et al.*, 2006; SADALA; MENDES, 2000; PEARSON *et al.*, 2001); Aspectos gerenciais do cuidado no processo em doação de órgãos (ALMEIDA *et al.*, 2012; COSTA *et al.*, 2017; LIMA; SILVA; PEREIRA, 2006; 2009; MORAES *et al.*, 2014; SANTOS; MASSAROLLO; MORAES, 2012); Educação profissional para a entrevista Familiar (COSTA *et al.*, 2017; LEITE; MARANHÃO; FARIAS, 2017; LIMA; SILVA;

PEREIRA, 2006; 2009; MORAES *et al.*, 2014; MORAES *et al.*, 2015; SANTOS; MASSAROLLO, 2011).

4.2.2.2.1 Aspectos bioéticos no processo de doação de órgãos

A seguir, serão apresentados os estudos que demonstram os conflitos emocionais e éticos vivenciados pelos profissionais de saúde no processo de doação de órgãos.

Lima *et al.* (2009), em um estudo realizado com enfermeiros evidenciaram que a entrevista familiar é a etapa mais difícil de todo o processo de doação de órgãos, visto ser uma circunstância delicada e estressante, de dúvidas e angústias em que necessitam ofertar a oportunidade da doação em um momento carregado de dor para os familiares.

Desse modo, o profissional confronta-se com a emoção e negação de seus sentimentos, distanciando-se da família, a fim de proteger-se emocionalmente da situação vivenciada. Estudo semelhante realizado na Suécia demonstra que parte dos profissionais de saúde entrevistados identificam ser extremamente estressante o contato com a família, bem como a solicitação para a doação de órgãos. Para muitos, o desconforto advém da ansiedade sobre a reação da mesma diante da abordagem o que revela comprometer a relação estabelecida com a família (SANNER, 2007).

Ao realizarem suas funções, os profissionais sentem-se violados pela falta de humanização e sofrimento gerado, de modo que ao final do processo relatam sentir-se aliviados. Ainda, tal estudo expõe que os profissionais identificam como precária a atenção oferecida pelos serviços de saúde ao processo de doação de órgãos. A falta de condições reflete o despreparo dos mesmos para a entrevista familiar, influenciando para a negativa da família a doação (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2009).

Nessa perspectiva, Meyer (2007) expôs que os profissionais de saúde se sentem desonestos com as famílias, uma vez que não poderiam fornecer informações acerca do estado de saúde, bem como exames realizados a fim de identificar a viabilidade para doação. Nesse sentido, a falta de informações e transparência durante as etapas do processo é evidenciada como uma quebra de

confiança entre profissional-família, que influenciara no consentimento familiar para a doação de órgãos.

Nessa perspectiva, um estudo realizado por Neades (2009) no Reino Unido reforçou que a transparência no esclarecimento das informações fornecidas à família durante o processo de doação de órgãos, bem como o apoio prestado facilitam o desenvolvimento da relação de confiança entre os mesmos. De tal forma, a família apresenta-se mais fortalecida para tomar as decisões referentes ao consentimento à doação. Ainda, o referido estudo evidenciou ser fundamental que a sociedade tenha conhecimento prévio sobre a temática da doação de órgãos.

Para isso, revelam a necessidade de maior desenvolvimento enquanto programas e campanhas pelos órgãos reponsáveis, a fim de prestar esclarecimentos à população, assim como desmitificar crenças e dúvidas advindas da morte encefálica, que influenciam na negativa familiar. Além disso, apontou-se que o conhecimento da população acerca da temática deve começar na infância, ou seja, ainda durante a etapa escolar. De tal forma, é evidenciado pelos profissionais que as informações e discussões realizadas durante essa fase auxiliam na compreensão e sensibilização de questões relacionadas a esse tema dentro da sociedade (NEADES, 2009).

De acordo com o exposto, evidencia-se que o maior desafio para os profissionais é estar com a família do potencial doador, visto os conflitos emocionais existentes acerca dessa interação e a necessidade de uma comunicação clara sobre o tema. Nesse sentido, a falta de habilidades emocionais interfere no cuidado realizado e no consentimento da família para doação.

4.2.2.2 Percepção dos profissionais de saúde sobre o processo de doação de órgãos

Estudos demonstraram que o processo de doação de órgãos é percebido e significado de diferentes formas pelos profissionais de saúde. Lima *et al.* (2009) e Oroy (2013) identificaram que para os profissionais a doação de órgãos está relacionada a uma nova oportunidade de vida as pessoas, principalmente para aquelas que aguardam um transplante. Também relacionaram o ato à solidariedade

humana, o amor ao próximo, meio de educar, um sentido à vida, que os motiva em continuar suas atividades apesar de todas as fragilidades do processo.

Costa *et al.* (2017), revelaram em estudo com enfermeiros que os mesmos acreditam desempenhar papel de grande importância e responsabilização em suas atividades profissionais, visto serem eles os profissionais que estão presentes em todas as fases do processo, desde a identificação e manutenção do potencial doador, até o planejamento, execução e coordenação de programas.

O estudo de Meyer (2007), por sua vez, expôs que a responsabilização pelo processo de aquisição de órgãos recai sob os profissionais enfermeiros, visto seu envolvimento e vínculos estabelecidos com a família do potencial doador. No entanto, essa evidência relaciona-se também com a sobrecarga de trabalho que esses profissionais vivenciam principalmente relacionados ao suporte emocional que prestam.

De acordo com o exposto por Leite, Maranhão e Farias (2017); Pearson (2001), evidencia-se que, para os enfermeiros, vivenciar o processo de doação de órgãos é considerado como um desafio profissional. Tal percepção dá-se pelas dificuldades dentre as etapas do processo, além de ser o profissional que está mais próximo, sobre o qual, na maioria das vezes, sobrecai a responsabilização da assistência à família e potencial doador. Apesar disso, consideraram ser um trabalho significativo e de elevada satisfação devido o benefício gerado a outras pessoas.

No entanto, Lima *et al.* (2006) expuseram que, ao desempenhar suas funções, há profissionais que vivenciam conflitos internos sobre a prática, relatam ser favoráveis à doação, mas não sabem se doariam seus órgãos e de outros familiares. Ainda, lidam de forma diferenciada com o significado da morte no sentido profissional versus pessoal. Pelo lado profissional, enxergam a morte como um evento natural, sendo a doação uma maneira de gerar uma nova vida. Por outro lado, lamentam a morte, com tristeza e revolta quando havia a presença de vínculos com a pessoa falecida.

De acordo com o exposto por Sanner (2007), identifica-se que quando os profissionais de saúde apresentam atitudes contrárias à doação de seus próprios órgãos, a abordagem para a entrevista familiar modifica-se. Nesse contexto, evidenciou-se que a maior parte dos profissionais que realizaram a entrevista com a família apresentam uma abordagem neutra à solicitação dos órgãos; no entanto, a

neutralidade dos entrevistadores é um aspecto problematizador. Essas características apresentaram influências negativas no número de doações almeçadas, visto que os profissionais não se sentiram confortáveis em dialogar sobre as constantes da doação e não se apresentaram favoráveis ao ato.

Evidencia-se que pode haver uma influência a partir da percepção e concepção que as pessoas têm sob o corpo frente à atitude de doar. De acordo com Lima, Silva e Pereira (2009), a percepção que cada indivíduo atribui à forma como se relaciona com sua imagem corporal pode apresentar-se como um facilitador, quando há o desprendimento do mesmo, assim como, um entrave ao consentimento para doação, quando o valor atribuído ao corpo não comporta seu desapego. Nesse sentido, Fonseca *et al.* (2016) evidenciaram que os profissionais de saúde precisam conhecer todas as etapas e acreditar no processo de doação para que haja confiança o suficiente ao abordar a família.

A partir do exposto, constatou-se que para os profissionais as percepções acerca da temática “doação de órgãos” diferem entre si. Nesse sentido, o sofrimento instala-se quando os mesmos não acreditam no processo, no qual estar com a família passa ser um desafio constante. Dessa forma, questiona-se a atuação desses profissionais diante de tais situações, visto a influência que os mesmos exercem no consentimento da família para a doação.

4.2.2.2.3 Percepção dos profissionais quanto à entrevista familiar

A entrevista familiar sinaliza para os profissionais o início do processo de doação de órgãos, sendo esta considerada a fase mais importante. Tal percepção associa-se ao momento decisivo e determinante, em que é ofertada a oportunidade de doar. Nesse sentido, identificou-se que essa é uma etapa complexa e desafiadora, por ser uma situação estressante e dolorosa para os profissionais, principalmente às questões emocionais como sensibilidade e empatia no acolhimento a família, os quais revelaram ter maior distanciamento (SANTOS *et al.*, 2012; OROY, 2013).

Sadala (2006), por sua vez apontou, em seu estudo realizado no Brasil, que os profissionais revelaram falta de preparo para informar à família, seja para os esclarecimentos de questões referentes à morte encefálica, seja para o

consentimento para a doação de órgãos. Nesse aspecto, foi revelado que o contato estabelecido gerou uma experiência que ultrapassa os limites profissionais, a ponto de sentirem-se sozinhos, ansiosos e impotentes diante da complexidade que perceberam ser o contato com a família.

Desse modo, Oroy (2013), em seu estudo realizado com enfermeiros na Noruega, identificou ser necessário planejamento prévio à entrevista familiar, de modo que a equipe possa organizar-se frente às demandas que tendem a surgir ao estarem em contato com as famílias. Para isso, acreditaram ser fundamental o trabalho conjunto entre equipe de saúde, de modo que as etapas do processo sejam trabalhadas separadamente, para que a família consiga primeiramente compreender a morte encefálica e num segundo momento seja oportunizada a doação de órgãos.

Assim sendo, a entrevista familiar é entendida pelos profissionais como um meio educativo, que requer preparo para elucidar a família sobre as etapas do processo. De forma, que suas dúvidas e anseios sejam esclarecidos para que assim possam decidir-se a doação. Foi revelado ser necessário que os profissionais tenham o cuidado, que independentemente do consentimento à doação, de transmitir uma imagem positiva de transparência do processo, a fim de evitar a impressão da assistência às famílias estar relacionada apenas ao desejo pelos órgãos (FONSECA; TAVARES, 2014; OROY, 2013).

Nessa perspectiva, evidenciou-se que o sucesso da entrevista esteve relacionado ao esclarecimento das informações de possíveis dúvidas e questionamentos da família frente ao processo. Para os profissionais de saúde, há a necessidade de preparar-se anteriormente à entrevista sobre as formas de informar e agir; revelam, muitas vezes, serem surpreendidos com questionamentos que não conseguem suprir. Ainda, o estudo identificou que o profissional deve estar atento aos sinais que a família apresenta, mostrando-se empático e possibilitando tempo para que a mesma consiga assimilar as informações a fim de uma decisão consciente (SANTOS; MASSAROLLO; MORAES, 2012)

Em estudo semelhante desenvolvido por Sanner (2007), evidenciou-se que a aflição e sofrimento da família foram amenizados quando os profissionais deram tempo à mesma para discutir sobre o consentimento. Nesse sentido, há discussão sobre a temática apresentou benefícios, de modo que a família com calma passou a considerar e desenvolver pensamentos positivos com relação à doação de órgãos.

Ainda, um estudo de Oroy (2013), identificou que a comunicação estabelecida entre profissional e família é parte fundamental para o êxito do processo de doação de órgãos. De tal modo, foram mencionadas, pelos profissionais, estratégias utilizadas a fim de melhorar a abordagem comunicativa, como por exemplo, o conhecimento precedente à entrevista sobre a história de vida do ente falecido e de sua família tanto enquanto estrutura, funcionalidade e desenvolvimento. Isso revelou e apontou para a importância da sensibilidade da equipe de saúde perante o momento de dor da família.

Nesse aspecto, os profissionais ainda apontaram que a importância da entrevista familiar está além do caráter informativo, mas um espaço de acolhimento no qual seja ofertado apoio emocional às famílias enlutadas por meio da escuta ativa, sensibilidade, flexibilidade e empatia com as emoções vivenciadas. Tais elementos foram reconhecidos como habilidades profissionais imprescindíveis para qualidade do processo (FONSECA; TAVARES, 2014; 2016).

No entanto, apesar de a entrevista ser um momento decisivo para a continuidade do processo, em que os profissionais estão temerosos pelo consentimento, esta etapa não apresenta maior relevância que as demais. Assim, após a família expor o consentimento, o processo tem seu seguimento por meio de outras fases que fazem parte de um conjunto de ações que necessitam de engajamento e mesma atenção por parte da equipe. Apesar disso, foi revelado não haver um consenso por parte dos profissionais quando o processo tem seu início e fim, o que se questionou quanto à assistência que está sendo realizada (SANTOS; MASSAROLLO; MORAES, 2012).

Nesse sentido, Santos e Massarollo (2011), expuseram que, para os profissionais, o entrevistador deve apresentar características específicas para abordar a família. Atitudes simples como oferecer água aos entrevistados, sentar-se próximo e tocá-los são formas de acolhimento que transmitem conforto, desmistificando a percepção da entrevista apenas para o consentimento a doação. Ainda, o estudo expôs que o profissional deve conhecer previamente as informações referentes ao potencial doador, assim como às de sua família, a fim de estar preparado para os diferentes comportamentos que a mesma possa apresentar.

Nesse sentido, evidenciou-se que as equipes multiprofissionais que realizaram a entrevista familiar sentiram-se responsabilizadas pelo não aceite da

família à doação de órgãos. No entanto, questiona-se a culpabilização das equipes, visto entender-se que as mesmas são parte do processo, mas não atuam sozinhas e sim em conjunto com as instâncias que compõe o SNT, influência da sociedade e cultura.

4.2.2.2.4 Assistência à família do potencial doador

A assistência à família durante as etapas da doação de órgãos é percebida como uma forma de humanizar o processo de doação. Para os profissionais estabelecer relação de apoio com os familiares do potencial doador, auxilia a interação com a família.

A equipe de enfermagem, principalmente o enfermeiro, tem papel fundamental na assistência ao potencial doador, por ser o profissional que está mais próximo dos pacientes e suas famílias durante o processo de hospitalização. Dessa forma, a presença desses profissionais foi fundamental na garantia da qualidade do processo, visto a importância das atividades que desenvolvem. Ainda, o estudo expôs que ao receber apoio à família enlutada, a mesma sentiu-se acolhida para compartilhar as emoções vivenciadas (LEITE; MARANHÃO; FARIAS, 2017; MORAES *et al.*, 2014).

Nessa perspectiva, apesar de sua determinante atuação, os enfermeiros reconheceram que o cuidado oferecido foi precário. Estudo de Almeida, Bueno e Danoso (2012), apontou que os enfermeiros durante o processo se envolvem com as questões técnicas e esquecem o potencial doador e a família do mesmo. Nessa perspectiva, a comunicação interpessoal torna-se determinante nesse contexto, e objetividade, clareza e simplicidade na informação ajudam a família na tomada de decisão.

Neades (2009) e Santos *et al.* (2012), apontaram em seus estudos que a forma como é realizada a assistência ao paciente e sua família desde sua internação influenciará na decisão quanto à doação. Desse modo, os mesmos identificaram que o cuidado prestado encontra-se fragilizado, uma vez que; famílias não receberam informações sobre a evolução do quadro clínico do paciente, assim como sobre procedimentos realizados e esclarecimentos acerca do tratamento. Nesse sentido, quando os profissionais realizam a abordagem para a doação, surgem

questionamentos acerca do interesse direcionado apenas os órgãos do potencial doador, ocasionando a negativa para o consentimento.

Sadala (2006) evidenciou em seu estudo que a assistência prestada ao potencial doador se apresentou fragmentada, devido à equipe de saúde sentir-se insegura com as demandas emocionais que a família expôs. Para tal, foram apontadas pelos profissionais dificuldades em obter o consentimento quando a família não está esclarecida sobre o diagnóstico de morte encefálica.

Nessa perspectiva, Sadala (2000) constatou, em seu estudo realizado com enfermeiros, que os mesmos não demonstraram interesse em construir vínculos com o potencial doador e sua família. A falta de envolvimento foi justificada pela prioridade de atendimento aos pacientes que possuem melhores prognósticos. No entanto, alguns enfermeiros apontaram que tal justificativa, na verdade apresentou-se como um ponto de fuga encontrado, a fim de não se envolverem com a desafiadora assistência ao potencial doador e sua família.

No entanto, Pearson (2001) apontou o contrário em estudo desenvolvido na Austrália, para os enfermeiros o foco principal do processo de doação de órgãos é a família. Revelou também que a manutenção do potencial doador esteve além do controle hemodinâmico e outros cuidados técnicos, a prioridade esteve no acolhimento e assistência que a equipe de saúde dispôs à família. Nesse sentido, ao priorizar as necessidades emocionais, como conversar, mostrar-se disponível, respeitar o momento de dor, apresentou-se como uma forma de empatia com as necessidades da família enlutada, afastando assim a percepção do interesse tendencioso apenas consentimento a doação dos órgãos.

De acordo com os achados do estudo exposto, o afastamento e ou abandono da família após o consentimento promoveu a interrupção do contato previamente construído ao longo do processo de doação. A percepção da família em relação ao processo modificou-se, sendo que esta passou a evidenciar que a assistência previamente oferecida tinha por interesse os órgãos do ente falecido. De tal forma, tais aspectos trouxeram influências negativas para a doação frente à sociedade, para com as instituições de saúde, assim como com os profissionais (SADALA, 2000).

Nesse sentido, evidenciou-se que a falta de habilidades emocionais parece estar diretamente relacionada com as dificuldades com que os profissionais de

saúde enfrentam em abordar as famílias, o que pode influenciar na assistência oferecida. Desse modo, quando o profissional se afasta do contato mais íntimo com as emoções, parece não haver interação e vínculo necessários para que a família se sinta acolhida, o que pode representar falta de empatia com a situação vivenciada, influenciando na decisão da mesma para com o consentimento à doação.

4.2.2.2.5 Aspectos gerenciais do cuidado no processo em doação de órgãos

Alguns aspectos relacionados ao gerenciamento do cuidado são mencionados por dificultarem as práticas profissionais e interferirem no processo de doação.

Em estudo de Lima, Silva e Pereira, (2006; 2009) revelou que a atenção oferecida pelo sistema de saúde ao processo de doação de órgãos apresentou-se fragilizada. A falta de recursos estruturais, humanos e financeiros foram apontados por interferirem negativamente no processo para doação. Em se tratando de recursos humanos e financeiros, Costa *et al.* (2017) apontaram que os profissionais de saúde que estão alocados nas CIHDOTs, exerceram outras funções assistências dentro dos hospitais que atuam, fato apontado pela falta de recursos em dispor de equipes que trabalhem de forma exclusiva no processo de doação de órgãos.

Esse achado é semelhante ao de Moraes *et al.* (2014), em um estudo realizado com enfermeiros, o qual evidenciou que os aspectos mencionados influenciaram na prestação de cuidados ao potencial doador, de modo que os profissionais direcionaram sua assistência aos pacientes com melhores condições de recuperação, estando o doador em um segundo nível de assistência.

Os autores ainda apontaram que a sobrecarga de trabalho em diversas atividades dificultou o planejamento, organização e implementação de ações, repercutindo negativamente no número de doações. Outro aspecto mencionado referiu-se à demora no andamento das etapas da doação, visto que dependeram de outros profissionais, como o caso dos neurologistas que são responsáveis pela abertura e fechamento do protocolo de morte encefálica (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2009).

Quanto ao nível estrutural, identificou-se que a maior parte dos hospitais em que os profissionais exerceram suas funções, não dispuseram de um local apropriado para o acolhimento das famílias do potencial doador. As entrevistas foram realizadas em locais desorganizados com ruídos, trânsito de pessoas e ausência de privacidade (MORAES; NEVES; SANTOS, 2015).

De acordo com o exposto, Santos e Massarollo (2011), revelaram que as instituições não proporcionam locais adequados para a realização da entrevista familiar. Comumente são improvisados espaços que carecem de conforto, sem assentos para a acomodação, citaram ainda o fato de a abordagem familiar acontecer junto ao leito do potencial doador, desprovida de total privacidade.

Além dessas limitações, Almeida *et al.* (2012) e Costa *et al.* (2017) evidenciaram em seus estudos que a questão temporal durante as etapas prolongam o processo. Problemas em logística, resultados de exames, realização de procedimentos, assim como a demora na entrega do corpo à família para o sepultamento foram percebidas pelos profissionais como entraves que fortaleceram a negativa da família.

Nesta perspectiva, evidencia-se que a negativa familiar pode estar relacionada às inúmeras deficiências estruturais e financeiras que circundam o processo de doação de órgãos. De tal modo, essas dificuldades prejudicam não só a realização da entrevista familiar, mas também o acolhimento da família durante o período em que permanecem institucionalizadas.

4.2.2.2.6 Educação profissional para a entrevista familiar

O preparo dos profissionais de saúde para realizar a entrevista com a família foi identificado em estudos como algo que necessita ser repensado e/ou proporcionado com vistas a qualificar a etapa do processo de doação. Estudo de com profissionais de uma central de transplantes, revelou que os mesmos se preparavam periodicamente por meio de capacitações, em demandas técnicas relacionadas à abordagem familiar, porém a qualificação para as questões emocionais seguem sendo motivo de preocupação entre os profissionais (ALMEIDA *et al.*, 2012; LEITE; MARANHÃO; FARIAS, 2017).

Moraes *et al.* (2015) evidenciaram que a falta de preparo técnico dificulta a identificação do potencial doador e a confirmação de diagnósticos. O estudo apontou que os profissionais de saúde são resistentes em identificar a morte encefálica, ocasionado pelo próprio desconhecimento e falta de experiência na área. Dessa forma, enfermeiros participantes do estudo acreditavam ser fundamental a educação da equipe multiprofissional a fim de desmistificar as inseguranças em relação ao processo e fortalecer o programa de doação de órgãos.

De acordo com o exposto, Meyer (2007) e Santos *et al.* (2012) identificaram em seu estudo que, para os profissionais, a educação do entrevistador para a realização da entrevista é um dos fatores determinantes para o sucesso da mesma. Nesse sentido, apontaram que o conhecimento teórico, técnico e emocional proporcionam discussões éticas e legais que propiciam ao entrevistador conhecer os pontos frágeis e positivos que necessitam ser melhorados.

Estudo semelhante revelou a necessidade da criação de grupos de apoio para os profissionais que realizam a abordagem à família e a entrevista familiar, com o objetivo de oportunizá-los a compartilhar suas experiências e vivências. A partir disso, acreditam que tal estratégia venha contribuir no apoio e suporte para enfrentamento dos desafios e dificuldades que o processo apresenta. (SADALA, 2000).

A partir do exposto, evidencia-se que os profissionais de saúde que atuam no processo de doação de órgãos carecem de educação permanente sobre questões técnicas assim como de apoio emocional. A falta de capacitações torna-se um agravante quando os profissionais sinalizam dificuldades que poderiam estar sendo solucionadas a partir de tais ações. Nesse sentido, torna-se essencial o desenvolvimento de uma educação contínua no esclarecimento de informações, tanto para os profissionais que atuam no processo de doação como para sociedade em geral, afim do desenvolvimento de um posicionamento sobre a temática.

5 Referencial Teórico

Esta pesquisa está situada no Paradigma Crítico Social, orientada pela Teoria Social Crítica, mediante a utilização da Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas como referencial teórico. A escolha por esse referencial deu-se em decorrência do mesmo utilizar a comunicação como um veículo de interação e modos de agir entre os seres humanos no mundo. Deste modo, justifica-se sua utilização, visto ser um paradigma ampliado, um aporte para quem busca compreender a interação entre os profissionais e famílias durante o processo de doação de órgãos, a forma pela qual buscam um entendimento dos fenômenos e questões em debate.

As concepções do uso da linguagem no referencial habermasiano permitem uma análise da comunicação que contempla elementos distintos de outros referenciais, uma vez que busca-se a compreensão do conteúdo do que foi dito e das intenções desta fala, características e expressões utilizadas na busca para o entendimento (HABERMAS, 2012).

Nesse sentido, o conhecimento produzido a partir da utilização de referenciais críticos na enfermagem possibilita uma transformação das práticas em saúde a partir do diálogo entre a ciência e o cotidiano das pessoas (CARVALHO *et al.*, 2017). Outros estudos também utilizaram o Referencial de Habermas no desenvolvimento de pesquisas no campo da enfermagem e saúde como, por exemplo: Elizondo *et al.* (2013) buscaram refletir sobre a relação da necessidade de usar novos paradigmas e metodologias ao longo da disciplina de Enfermagem como oportunidade de fortalecer o objeto de estudo, enfatizando paradigma emancipatório e sua utilidade para incrementar a autonomia profissional de enfermagem, tanto no âmbito da prática como acadêmico; Kaufmann, (2003) pretendeu estudar valores e elos identitários que se relacionam com a atitude de autorizar ou não a doação de órgãos; Machado, Leitão e Holanda (2005) investigaram os conceitos sobre a

linguagem e comunicação na consulta de enfermagem, utilizando, como marco teórico conceitual, a teoria da pragmática universal de Jürgen Habermas; Marin (2017), buscou identificar os problemas e conflitos bioéticos que influem do processo de trabalho de uma equipe de estratégia de saúde da família; Mosqueda-Díaz *et al.* (2014) revisaram a estrutura conceitual e a evolução histórica da teoria crítica ao analisar sua contribuição no desenvolvimento da disciplina de enfermagem, como perspectiva e orientação do pensamento para a produção do conhecimento na educação.

Já Piroló (2008), produziu uma análise crítica, segundo Habermas, da atuação interprofissional no contexto da terapia intensiva na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde. Ainda, Meirelles (2016), avaliou os processos de gestão de uma rede de atenção psicossocial à luz da Teoria da Ação Comunicativa. E por fim, Ruiz e González (2013) tiveram como objetivo clarificar a etimologia utilizada para denominar as enfermeiras assistenciais responsáveis pelo processo de formação e delimitar as funções que essas devem realizar durante o processo de práticas de alunos da graduação de enfermagem.

5.1 Habermas e a Teoria da Ação Comunicativa

Jürgen Habermas, filósofo e sociólogo nascido na Alemanha, representa um dos pensadores mais importantes e influentes do século XX no campo da pesquisa social. Essa apreciação está associada à sua vasta produção dedicada a criticidade das teorias que inflavam o tecnicismo e cientificismo das ciências, assim como dos fenômenos sócio estruturais, culturais e psicológicos da estrutura econômica da sociedade moderna. Influenciado por pensadores como Wilhelm Dilthey, Martin Heidegger, Hans-Georg Gadamer, Karl Marx, Theodor Ludwig Wiesengrund-Adorno entre outros, Habermas (2012a) fundamenta suas obras de forma revolucionária para sua época.

Dentre os distintos autores e teorias, buscou-se no conceito de ação comunicativa de Jürgen Habermas (2012a) o aporte para compreender os discursos entre profissionais e famílias, considerando o processo de doação e transplante de órgãos e tecidos.

Desta maneira, acredita-se que a Teoria da Ação Comunicativa, venha ao encontro como fundamentação teórica desta dissertação, devido à concepção de que a interação estabelecida por meio da linguagem, por meio do diálogo, entre profissionais de saúde e famílias é uma ação fundamental durante todo o processo de doação de órgãos e principalmente para a entrevista familiar.

Na estrutura da teoria habermasiana não há uma racionalidade instrumental da ação que seja controlada plenamente por instituições ou subsistemas, conforme consideravam os eminentes pensadores da Escola de Frankfurt. Além disso, Habermas também não enxerga as sociedades modernas regidas somente por um estado de anomia derivado do crescimento da racionalização do mundo da vida, racionalização esta que poderia ter influenciado a integração social e as interações humanas de modo que estas tivessem solapado as ações orientadas para o entendimento. Ele procura nas ações realizadas no mundo da vida, impregnadas de comunicação intersubjetiva, um sentido racional que possa promover novas formas de integração social e orientar as ações humanas em outro sentido (PALERMO, 2013, p.5).

Ainda, a ação comunicativa surge como uma interação de, no mínimo dois sujeitos, capazes de falar e agir, que estabelecem relações interpessoais com o objetivo de alcançar uma compreensão sobre a situação em que ocorre a interação e sobre os respectivos planos de ação com vistas a coordenar suas ações pela via do entendimento (PINTO, 1995, p.80).

O conceito de alcançar o entendimento que decorre da ação comunicativa requer, por sua vez, a definição do contexto em que estes procedimentos acontecem. Isso porque aquilo que o falante quer dizer com seu pronunciamento depende do conhecimento acumulado e realiza-se sob o pano de fundo de um consenso cultural anterior. É neste ponto que Habermas (2012), introduz o conceito de mundo da vida (*Lebenswelt*), entendido como o contexto não problematizável, o pano de fundo que propicia os processos para se alcançar o entendimento. Habermas afirma que no sentido cotidiano o mundo da vida pode ser entendido como aquele em que "os atores comunicativos situam e datam seus pronunciamentos em espaços sociais e tempos históricos" (HABERMAS, 1987a, p. 136).

A prática dos profissionais de saúde prevalece a partir da ação comunicativa dos mesmos mediante interação com o contexto em que estão inseridos, ou seja, o respectivo mundo da vida conforme menciona Habermas (2012a). O mundo da vida conforme tal conceito, é um eixo que orienta as ações dos indivíduos a partir do cruzamento de três sistemas: subjetivo (personalidade), normativo (sociedade) e

objetivo (entendimento por meio de uma cultura comum compartilhada). Esses, são compreendidos como a raiz da ação comunicativa, pois é a partir desses elementos que são determinadas as modalidades de expressão nas interações sociais (PALERMO, 2013).

No caso deste estudo, o mundo da vida dos profissionais que atuam no processo de doação está situado na interação e ação com a família, com a pessoa potencial doador, entre os próprios profissionais da equipe, profissionais das centrais de transplante, nos espaços que realizam seus atos de fala, como o ambiente da UTI e setores de urgência e emergência.

Nesse sentido, se faz necessário conhecer cada um dos elementos que compõem o mundo da vida, a fim de compreender como eles podem se manifestar nos atos de fala dos participantes do estudo quando em contato com a família.

A *cultura* constitui o estoque ou reserva de saber, do qual os participantes da comunicação extraem interpretações no momento em que tentam se entender sobre algo no mundo. Defino a *sociedade* por meio das ordens legítimas pelas quais os participantes da comunicação regulam sua pertença a grupos sociais, assegurando a solidariedade. Interpreto a *personalidade* como o conjunto de competências que tornam um sujeito capaz de fala e de ação – portanto, que o colocam em condições de participar de processos de entendimento, permitindo-lhe afirmar sua identidade (HABERMAS, 2012b, p. 252-253).

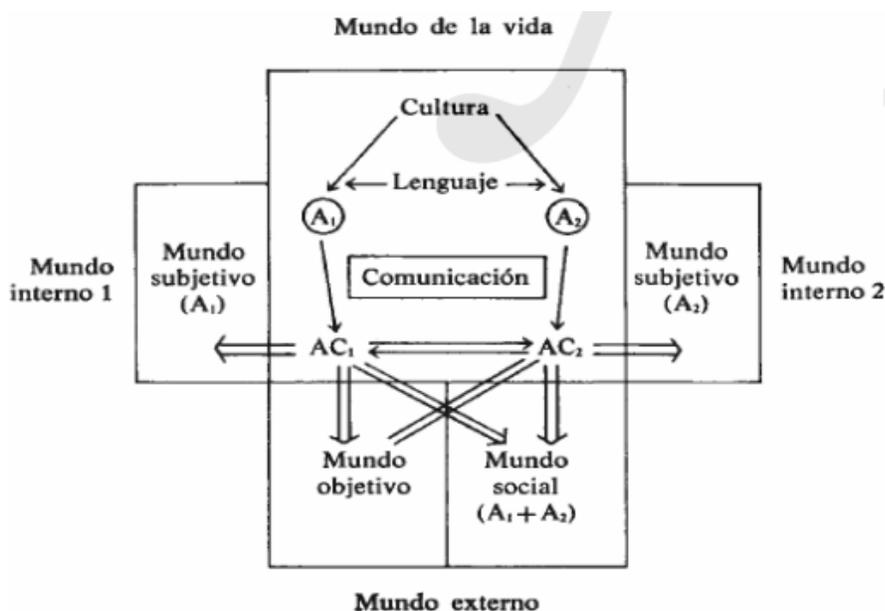


Figura 11 Relações dos atos comunicativos com o mundo da vida (as setas com linha dupla indicam as relações com o mundo, criadas pelos atores (A) mediante exteriorizações (AC))
 Fonte: Habermas (2012b, p. 232).

De acordo com Pinto (1995, p.81), para Habermas:

existe uma correlação direta entre ação comunicativa e mundo da vida, já que cabe à primeira a reprodução das estruturas simbólicas do segundo (cultura, sociedade, pessoa). Assim, sob o aspecto do entendimento mútuo, a ação comunicativa serve para transmitir e renovar o saber cultural; sob o aspecto de coordenar a ação, ela propicia a integração social; e sob o aspecto da socialização, ela serve à formação da personalidade individual. Por outro lado, a reprodução do substrato material do mundo da vida ocorre através de ações dirigidas a fins pelos quais os indivíduos associados intervêm no mundo e realizam seus objetivos.

Jurgen Habermas em sua Teoria da Ação Comunicativa revela que a linguagem das relações humanas não se restringe à troca de informações, mas a um caminho de expressão entre sociedade e o meio que o sujeito se situa e, na qual se constroem as relações de poder (HABERMAS 2012a). Para Habermas, a Teoria da Ação Comunicativa permite o desenvolvimento das interações a partir das diferentes formas de agir do ser humano, no qual o ato comunicativo, atos de fala¹⁵, se relaciona por meio da criticidade e argumentação destes discursos (GUTIERREZ; ALMEIDA, 2013).

Os sujeitos são providos das faculdades de fala e ação, isto é, dotados de competência comunicativa. Assim, ao buscarem um conhecimento de algo no mundo, os sujeitos já se encontram preliminarmente em uma situação na qual predominam relações intersubjetivas que tornam possível um entendimento entre eles. “Isso leva a afirmação que nessas formas de vida social transparece a racionalidade comunicativa que se abre em um leque diferenciado de pretensões de validade” (HABERMAS, 2012a, p. 9).

Nessa perspectiva, a Teoria da Ação Comunicativa, Habermas busca o entendimento da interação social baseada no agir dos sujeitos a partir da comunicação estabelecida entre estes. A busca pelos significados e sentidos partem da linguagem da experiência humana, estrutura essa que traz a junção da criticidade

¹⁵ A teoria dos atos da fala é fundamental para Habermas porque se trata de uma das bases de sua proposta com relação ao papel da razão na vida humana moderna. Ela foi proposta por John Langshaw Austin (1911-1960) na formulação e apresentação de doze conferências proferidas na Universidade de Harvard, EUA, em 1955, e publicadas postumamente em 1962, no livro *“How to do Things with words”*. Sua relevância acadêmica reside no fato de que até os estudos de Austin, os linguistas, em geral, consideravam a fala como ato meramente descritivo, pois serviria apenas para relatar o estado das coisas. Austin passou a analisar e considerar a fala como ato performativo que exerce influência efetiva na vida humana em sociedade (PALERMOS, 2013, p. 6).

com a compreensão a dialética, transformando-a e em um marco para a hermenêutica¹⁶ moderna (HABERMAS, 2012a). A partir de tais pensamentos, todo fenômeno parte de uma linguagem, como a própria sociedade em si. O homem e suas interações fazem dessa linguagem um instrumento de domínio e poder social (GUTIERREZ; ALMEIDA, 2013).

A Teoria da Ação Comunicativa compreende a linguagem como um movimento, envolvida por um conjunto de estruturas e significados que a circundam, como as crenças, valores e conhecimentos compartilhados pelos sujeitos, os quais determinam sua forma de agir perante o mundo. Tais significados apresentam-se como determinantes da ação comunicativa, que ilustram a constituição da sociedade e o mundo da vida. Apontam-se dois sistemas da práxis ação comunicativa: o **agir comunicativo**, quando a linguagem utilizada tem como foco a interação entre os sujeitos e o **agir estratégico**, quando a linguagem tem um objetivo, ou seja, a transmissão da informação é realizada a fim de algo (HABERMAS, 2012a; HERRLEIN, 2007).

De tal modo, entende-se como agir comunicativo aquele em que os sujeitos se orientam pelo entendimento coletivo, interagindo cooperativamente entre si por meio da linguagem em um comum acordo. Assim, é na relação entre locutor e interlocutor que se dá a possibilidade de compreensão dos três elementos fundamentais da ação, ou seja, mundo objetivo, mundo social e mundo subjetivo. Nesse sentido, ao considerar o entendimento entre os sujeitos, há a ocorrência de um acordo de validade ao reconhecer as pretensões uns dos outros, sendo o entendimento determinante para a coordenação da ação comunicativa (HABERMAS, 2012a).

¹⁶Etimologicamente, a palavra hermenêutica tem sua origem na mitologia grega a partir de Hermes, Deus grego, conhecido por exercer o papel de mensageiro na comunicação e interpretação dos desejos dos deuses com os mortais. De tal modo, o termo hermenêutico advém do verbo *hermeneuein* que tem por definição a compreensão e interpretação, os quais fazem referência ao sentido de revelar, explicar algo oculto a ser descoberto, a partir da linguagem de um texto ou mensagem. Nesse sentido, tais elementos circundam o existir da natureza humana, na compreensão das relações existentes entre si e para com os outros (ROCHA, *et al.*, 2010). De forma primitiva a hermenêutica se manifesta dentro da teologia como uma disciplina na interpretação de textos sagrados, no qual após os movimentos ocorridos no século XVIII, passa a desenvolver-se a partir de uma perspectiva filosófica. Nesse sentido, afastando-se do campo teológico, a hermenêutica propaga-se como uma corrente das ciências humanas e sociais que tem por finalidade a compreensão das experiências que integram o mundo e a vida (ROCHA, *et al.*, 2010).

Já o agir estratégico ou instrumental, é abordado por Habermas (2012), como aquele oposto ao agir comunicativo. Para ele, a diferença está inserida quando os atos de fala são proferidos com ou sem a intenção de entendimento, mas para uma intenção própria, ou seja, há uma manipulação da linguagem para um determinado fim. Neste tipo de agir, o interlocutor conduz a ação, colocando o ouvinte na posição de vítima de suas intenções, a partir de um ato de fala dominador.

Nessa perspectiva, ambos, agir comunicativo e agir estratégico, estão presentes dentro dos atos de fala da interação social, no entanto, eles se diferenciam quanto suas intenções. Enquanto o primeiro busca o entendimento mútuo, o segundo orienta-se pelo seu êxito, utiliza-se de coerção para um fim desejado. A linguagem passa ser um instrumento que coordena as ações, sejam elas voltadas ao entendimento, pelo agir comunicativo, ou voltadas à obtenção de um determinado fim, de forma estratégica. (GARRIDO, 2011; HABERMAS, 2012a).

Tais aspectos estão dentro de uma perspectiva construtiva emancipatória, a qual possibilita mediante a competência comunicativa um processo de reflexão, a construção de sujeitos com pensamento crítico, em que o conhecimento pode ser expandido, transformando a realidade em que se está inserido (HENKLEIN; SILVA, 2007)

A figura a seguir, elucida os diferentes modos de agir a partir da Teoria da Ação Comunicativa.

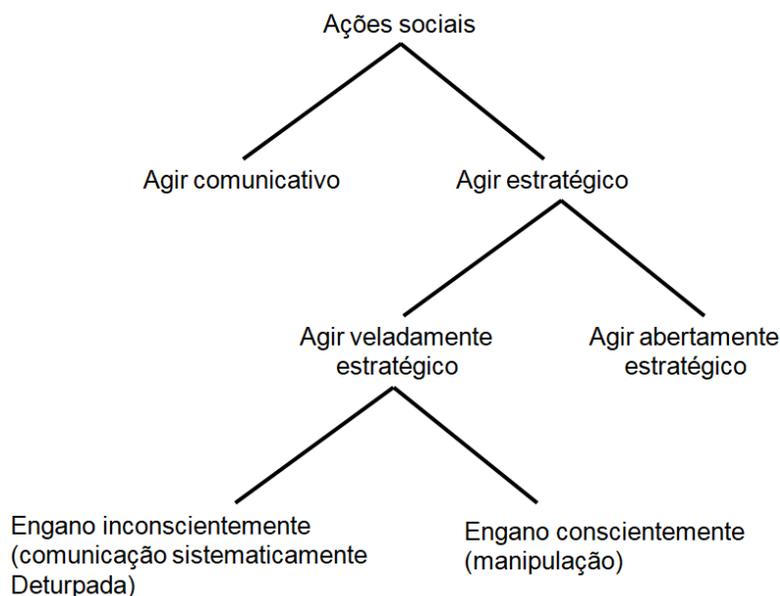


Figura 12 Modos de agir de acordo com a Teoria da Ação Comunicativa.
 Fonte: Habermas (2012a, p. 574).

Nesse contexto, a linguagem é o instrumento do ***mundo da vida*** descrito por Habermas (2012a) o elemento central, um espaço em que os discursos construídos estão sempre interligados e utilizados para um determinado fim. É formado por três estruturas simbólicas: ***pessoa***, ***sociedade*** e ***cultura***, as quais constituem os conceitos centrais da ação comunicativa, uma vez que, a linguagem é compreendida como um recurso de interlocução entre duas pessoas, a fim de um consenso desta interação. De tal forma, as estruturas do mundo da vida apresentam-se como influências na formação das interações sociais e no discurso dos sujeitos dentro de um determinado espaço, as quais podem ser observados a seguir (HABERMAS, 2012; PINTO, 1995; VERGARA, 2011).

De tal forma, a ***pessoa*** é descrita como um ser composto de variadas formas de agir, pensar e falar que dão a esta, subsídios para formar uma personalidade própria. Neste estudo, as pessoas podem ser definidas como os profissionais da CIHDOTT e da UTI, bem como o potencial doador e sua família. A ***sociedade*** está relacionada a um local estruturado por relações entre um grupo social que se organiza socialmente e coordena-se por meioda comunicação. Pode ser definida pela unidade da UTI, hospital, Sistema Nacional de Transplante. A ***cultura*** é definida como o saber, o conhecimento adquirido ao longo da vida, o qual os sujeitos buscam para explicar as coisas que vivenciam, como, por exemplo, o próprio conhecimento

sobre o tema adquirido desde a formação acadêmica, cursos e treinamentos; as crenças, valores, experiências e percepções que constituem o sujeito (HABERMAS, 2012; PINTO, 1995; VERGARA, 2011).

A partir do descrito apresenta-se, na figura a seguir, os conceitos relacionados à abordagem da família pelos profissionais no processo de doação de órgãos mediante um exercício de aproximação com a Teoria da Ação Comunicativa.



Figura 13 Mapa conceitual referente aos conceitos relacionados a abordagem da família pelos profissionais de saúde mediante a aproximação com a teoria da ação comunicativa. Fonte: Construído pela própria pesquisadora.

A Teoria Habermarsiana permite compreender os atos comunicativos dos profissionais da saúde, na abordagem da família, durante a entrevista familiar para doação de órgãos, considerando a maneira como os agentes sociais se organizam e coordenam suas ações, a partir do agir comunicativo. A comunicação é percebida como instrumento de interação entre a equipe de saúde e sociedade. Os profissionais de saúde representam os atores da ação comunicativa, sendo aqueles que se articulam com os diferentes grupos sociais, gerando o produto das experiências, as quais são responsáveis pela forma como agem dentro e no decorrer do processo (CARVALHO; FREIRE; VILAR, 2012).

De tal modo, a comunicação construída entre os indivíduos tem no corpo e em seus sinais o elemento chave da relação humana. A interação entre os indivíduos pode se estabelecer a partir de um olhar, um sorriso, um gesto simples, capaz de transformar um comportamento ou uma reação (GUTIERREZ; ALMEIDA, 2013).

Os profissionais que vivenciam o processo de doação e transplante de órgãos, além do conhecimento e competência técnica, precisam ter, como essência da relação humana, o interesse pelo outro, no modo que sentem e vivem as coisas. Além do interesse no outro a ação comunicativa desses indivíduos se dá, quando há solidariedade entre os envolvidos, a qual representa ser o alicerce da integração social. Entretanto, os sinais e sentidos necessários à integração dos indivíduos podem ser confrontados com o interesse profissional ao consentimento para a doação de órgãos, o que transforma a mesma em um objeto de dominação de poder das equipes que atuam no processo (GUTIERREZ; ALMEIDA, 2013).

Para que a ação comunicativa venha de fato a acontecer, pressupõem-se as seguintes pretensões de validade: 1) todo indivíduo capaz de agir e falar pode participar de discursos; 2) qualquer participante de um discurso pode problematizar e introduzir novas afirmações, exprimir suas necessidades, desejos e convicções; 3) nenhum interlocutor pode ser impedido, por forças internas ou externas, de fazer uso de seus direitos descritos anteriormente (HABERMAS, 2012a).

Quando a relação estabelecida entre profissionais e o meio onde se situam não os acrescenta e não promove transformações, isso reflete na atuação dos mesmos dentro do processo, mas principalmente no contato e comunicação estabelecida na família. Quando o profissional se afasta da família, enfraquece-se o vínculo necessário para abordar a mesma, o que parece estar diretamente relacionado com a negativa ao consentimento à doação.

6 Método

Neste capítulo será apresentado o percurso metodológico realizado nesta pesquisa. O presente estudo trata-se de um subprojeto da pesquisa intitulada “O processo de doação, captação e transplante de órgãos na perspectiva dos trabalhadores em saúde: um estudo qualitativo no Rio Grande do Sul”¹⁷.

Será descrita a caracterização do estudo, o cenário e participantes, assim como o procedimento e técnicas utilizadas para a coleta de dados. Posteriormente, serão apresentados os aspectos éticos e aspectos gerenciais na organização dos dados, tipo de análise e sua operacionalização e, por fim, o rigor do estudo e a divulgação dos resultados.

6.1 Abordagem do estudo

Realizou-se um estudo de natureza crítica, a partir da perspectiva hermenêutica dialética. Justifica-se a escolha por entendê-la como um complemento para a interpretação e compreensão dos dados da pesquisa, visto que por meio dela o pesquisador vivencia um vai e vem de interpretações e reinterpretações sucessivas dos indivíduos, de modo a captar a realidade em estudo. A hermenêutica e a dialética juntas complementam-se, formam uma cumplicidade, nos dando como resultado final, uma visão mais realista do contexto estudado (OLIVEIRA, 2001). Tal

¹⁷O macroprojeto tem como título “O processo de doação, captação e transplante de órgãos na perspectiva dos trabalhadores em saúde: um estudo qualitativo no Rio Grande do Sul”. É coordenado pela professora Doutora Juliana Graciela Vestena Zillmer e possui desenvolvimento no período de 2017 a 2019. O presente estudo tem como proposta explorar as perspectivas, experiências, e práticas, dos trabalhadores em saúde sobre o processo de doação, captação e transplante de órgãos em hospitais na região sul do Rio Grande do Sul. Dessa forma, para seu desenvolvimento utilizou-se uma abordagem qualitativa a partir de uma perspectiva crítico-interpretativa. Os dados estão sendo coletados por meio de entrevistas com trabalhadores em saúde. Como técnicas de coleta são utilizadas a entrevista em profundidade e a observação e, posteriormente, os dados serão analisados utilizando a análise crítica do discurso. O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos de uma universidade federal brasileira, o qual obteve aprovação mediante emissão de Parecer sob nº 1.955.142 (Anexo A)(ZILLMER, et al.; 2017-2019).

perspectiva vai ao encontro com o aporte teórico escolhido para este estudo, a Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas, visto o desenvolvimento crítico-interpretativo ocorrer dialogicamente, ou seja, dependente da interação comunicativa entre os indivíduos (HABERMAS, 2012a).

Convergente com tais compreensões a pesquisa qualitativa é a abordagem metodológica seguida por este estudo, visto representar um conjunto de práticas interpretativas que busca explicar o porquê dos fatos, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Essas práticas buscam estudar as experiências no seu contexto natural, tornando o mundo visível por meio da interpretação dos fenômenos e sentidos que as pessoas lhe atribuem. Ainda possibilita analisar as relações sociais, valores, trocas de experiências, crenças de indivíduos ou grupos além de compreender aspectos da realidade e contexto (FLICK, 2009).

Nesse sentido, aponta-se que ao trabalhar com o universo dos significados, a pesquisa qualitativa responde a questões particulares da experiência e vivência dos indivíduos em sua total magnitude, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos. Pondera-se, ainda, “que o fenômeno ou processo social tem que ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos” (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2009, p. 25).

6.2 Cenários do estudo

Os cenários do estudo foram quatro CIHDOTT's de hospitais localizados na região sul do Rio Grande do Sul. A escolha por tais hospitais para estudo é justificada por estes terem mais de 80 leitos, motivo pelo qual foram instituídas as CIHDOTT's conforme preconizado pelo Sistema Nacional de Transplantes (BRASIL, 2005). A seguir, é feita a contextualização dos cenários onde a pesquisa foi realizada:

Os quatro hospitais que fizeram parte do cenário do estudo foram construídos nas décadas de 40, 50 e 80, sendo essas instituições compostas por uma estrutura de média e alta complexidade assistencial, que se caracterizam entre integralmente pública e as demais, filantrópicas. Possuem, também, leitos destinados a atendimento ao Sistema Único de Saúde, assim como a unidades de convênios.

As áreas de referências contemplam oncologia e cuidados paliativos no âmbito hospitalar e domiciliar, com abrangência para 22 municípios da região Sul do estado do Rio Grande do Sul, para atendimento pelo Sistema Único de Saúde e nefrologia com um desenvolvido atendimento às pessoas com doenças renais, inclusive sendo referência em transplante renal. Além disso, apresentam envolvimento na formação acadêmica com campos de estágios para cursos técnicos, graduações e programas de residência médica e multiprofissional.

Tais instituições apresentam, ainda, mais de 80 leitos e têm instituídas as comissões intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos, as quais foram o alvo deste estudo. Essas comissões são compostas por, em média, cinco profissionais de diversas áreas, tanto da saúde quanto educacionais e administrativas. No entanto, não são profissionais exclusivos para tal ofício, estão distribuídos em outras atividades dentro do hospital, sendo um trabalho “extra” que desenvolvem, sem remuneração para tal.

Os quatro hospitais foram identificados ao longo do estudo por letras do alfabeto, como: A, B, C e D. Tal recurso foi elaborado com o intuito do leitor não tomar conhecimento das identidades dos participantes, preservando assim, seu anonimato. Assim, optou-se por não contextualizar as instituições, pois conseguiria chegar aos participantes.

6.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram escolhidos mediante dois tipos de amostragem: primeiro a do tipo intencional, utilizada para a seleção dos participantes que integravam a CIHDOTT no período de coleta e após, pelo método “*Snowball*” – também conhecido como “Bola de neve” – para profissionais que fizeram parte da CIHDOTT e foram mencionados pelos atuais participantes.

A amostragem intencional caracteriza-se por aquela onde há o conhecimento sobre determinada população que se pretende estudar. Justifica-se tal escolha devido à pesquisadora ter conhecimento das comissões intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos. Dessa forma, tendo a intenção de entrevistar todos, buscou-se nesse tipo de amostragem sustentar a escolha dos participantes.

No entanto, ao longo das entrevistas, houveram indicações pelos profissionais entrevistados para ouvir outros profissionais que também fizeram parte das comissões, mas que não atuam mais. Assim, buscaram-se essas indicações por rede de referência, ou seja, pelo método “*Snowball*”. Essa técnica de amostragem utilizada em pesquisas qualitativas com escolha dos participantes em redes de referência, deu-se a partir do contato prévio com um participante-chave, que indicou novos participantes e assim de forma sucessiva, formando uma rede de contatos até o alcance das características desejadas de acordo com a presente pesquisa (VINUTO, 2014).

No período da coleta não haviam profissionais afastados ou em período de férias. Dessa forma, dos 23 profissionais que atuam nas comissões intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos inseridos nos hospitais, A, B, C e D, fizeram parte do estudo 21 profissionais, no total, sendo 19 por amostragem intencional e dois por “*Snowball*”. Dois membros da CIHDOTT foram excluídos, após duas tentativas desmarcadas.

6.4 Trabalho de Campo

Neste subcapítulo será descrita a realização do trabalho considerando o acesso, a entrada no campo, a coleta propriamente dita e a saída do campo, além das técnicas de coleta utilizadas para a produção dos dados.

Em junho de 2016, o macroprojeto foi encaminhado para apreciação e solicitação da autorização, mediante emissão de carta de anuência, para realização da pesquisa nos quatro hospitais do município de Pelotas. Após quatro meses, em outubro do mesmo ano, o macroprojeto foi cadastrado na Plataforma Brasil sendo encaminhado para Comitê de Ética de uma Universidade Pública e aprovado em março de 2017.

A coleta dos dados teve início em maio de 2017 sendo que a mesma ainda se encontra em fase de realização. Já a coleta dos dados do subprojeto, ocorreu de abril a agosto de 2018. Para a coleta, foram utilizadas duas técnicas: a entrevista semi-estruturada e a observação “não participante”.

De acordo com Bernard (2006), a entrevista é a técnica de coleta mais indicada para compreender as experiências individuais das pessoas. A partir de um

roteiro de perguntas abertas e fechadas, referentes ao objetivo do estudo, a entrevista semi-estruturada permite a busca por informações de forma livre, sem uma padronização, a fim de encontrar os significados que os fenômenos sociais têm para os entrevistados.

Dessa forma, identificou-se que a partir deste tipo de entrevista, havia uma maior possibilidade de aproximação com o objeto do estudo, visto a capacidade exploratória e detalhamento das informações no momento em que o participante discorresse sobre o tema apontado pelo pesquisador. Foi utilizado um instrumento guia (Apêndice B) contendo perguntas abertas e fechadas, que eram feitas ao entrevistado conforme a necessidade de compreender o objeto de estudo. A partir disso, os participantes do estudo foram incentivados a expor à pesquisadora sobre suas experiências quanto à abordagem da família e entrevista para a doação de órgãos.

O trabalho de campo teve início no mês de outubro de 2017, no hospital A, o qual a pesquisadora do macroprojeto iniciou a realização das entrevistas. Posteriormente, a coleta do subprojeto teve início no mês abril de 2018, começando pelo hospital C. A pesquisadora foi em cada CIHDOTT com o objetivo de identificar o informante “chave” e solicitar o nome dos demais profissionais que integravam a comissão no período de coleta, sendo utilizada a amostragem intencional. Dessa forma, foi realizado o contato com o informante “chave”, ao qual foi apresentado o objetivo e procedimentos da pesquisa, buscando esclarecer as possíveis dúvidas e, conforme sua escolha, foi definido o local para a realização da entrevista. Desta forma, no hospital C, a primeira entrevista ocorreu uma semana após o contato inicial, sendo realizada no local e horário de trabalho do participante entrevistado.

Posteriormente à entrevista do informante chave do hospital C, foi solicitada para o mesmo uma relação com todos os nomes dos membros da comissão para dar seguimento à coleta. Com nome e contato telefônico dos membros da comissão em mãos, foi enviado uma mensagem¹⁸ de texto a cada um, através de aplicativo de

¹⁸ Conteúdo da mensagem - Olá, meu nome é Glaucia Jaine Santos da Silva, sou aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas e venho por meio desta mensagem, fazer o convite para participar da pesquisa intitulada: Entrevista familiar: modos de agir dos profissionais da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos. Tal pesquisa, tem por objetivo compreender sobre a entrevista familiar para a doação de órgãos que desenvolvem na comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos. Saliento, que levarei um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, neste está garantido seu anonimato, podendo desistir em qualquer momento da pesquisa. Nesse sentido, conforme sua disponibilidade de horários, gostaria de marcar uma entrevista, a qual eu farei

celular *WhatsApp*, expondo os objetivos da pesquisa e fazendo o convite para que participassem.

A escolha para utilizar esse aplicativo como ferramenta para o trabalho de campo é justificada pela finalidade de estabelecer o contato com os profissionais. Tal ferramenta possibilitou acessar instantaneamente os possíveis participantes reduzindo o tempo e o espaço entre pesquisador e pesquisado, além de proporcionar maior agilidade ao acesso aos informantes. A escolha pelo envio de mensagens em forma de texto, nesta pesquisa considerou-se como uma alternativa importante visto a dinâmica em que ocorre à troca de mensagens. Além disso, considerou-se como positiva a experiência do uso deste aplicativo, por ser uma maneira mais prática quanto à utilização de e-mails ou mensagens convencionais que os celulares ou *smartphones* dispõem.

Assim, de forma sucessiva, todos integrantes da CIHDOTT foram convidados pela pesquisadora e, ao longo das semanas, iam sendo agendados horário e local de acordo com o desejo do participante. Alguns participantes responderam a mensagem imediatamente e outros levaram até dois dias para dar retorno. Após o término da coleta no hospital C, entrou-se em contato com o informante “chave” do hospital D, da mesma forma: através de um encontro pessoal foi apresentado o objetivo e procedimentos da pesquisa e esclarecidas possíveis dúvidas, também foi solicitada uma relação de integrantes da comissão.

Após essa fase, as entrevistas foram marcadas pelo telefone, sendo que o local escolhido para a realização das entrevistas também foi o ambiente de trabalho. Em relação aos trabalhadores deste hospital houve uma demora maior, de duas semanas, entre o convite e o aceite dos participantes para a participação da pesquisa, talvez pelo fato de não ser uma atividade comum em suas vivências profissionais.

O último hospital a ser realizada a coleta foi o hospital B. Entrou-se em contato com o informante “chave”, membro da CIHDOTT, com o qual foram realizados os mesmos procedimentos iniciais de apresentação da pesquisa e contato com os profissionais indicados. Para saída do campo, em cada última entrevista a pesquisadora explicava que se encerrava ali a coleta de dados, dessa forma, todos os participantes foram avisados que após a análise dos dados,

algumas perguntas, a cerca do tema abordado no estudo. Saliento o uso do gravador a fim de conseguir captar tudo o que é dito. Dessa forma, desde já agradeço.

receberiam um convite para que as CIHDOTT's assistissem a defesa da dissertação.

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora autora deste trabalho, a qual foi previamente capacitada para tal. De modo geral, todas as entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho dos participantes, por escolha dos próprios entrevistados. Os horários e dias da semana foram variados, alguns pela manhã, alguns à tarde e outros a noite, conforme o momento que aquele profissional estava no hospital. O ambiente de realização das entrevistas, na maioria das vezes, foram as salas de descanso, salas de espera ou cozinhas.

Neste aspecto, pode-se ressaltar a dificuldade da entrevista ser realizada no ambiente de trabalho, devido ao maior fluxo de pessoas que utilizam estes espaços e a frequência de interrupções, que geravam a ruptura do pensamento e da fala do entrevistado. No entanto, optou-se por seguir a escolha dos entrevistados, visto os mesmos não expressarem interesse em realizar a entrevista em outro local. Tais dificuldades podem ser evidenciadas por meio da construção de notas metodológicas, descritivas e analíticas, realizadas a partir das notas de campo¹⁹.

As notas de campo construídas diferem-se entre si: as notas descritivas são compostas por aspectos descritivos, como um retrato falado, tendo descrição de espaços físicos e/ou de participantes; As notas reflexivas são sobre ideias, pontos de vista do observador ou do participante; as notas metodológicas, referentes ao método, dizem respeito à situações percebidas no campo que remetam a construção metodológica (BERNARD, 2006).

As notas foram construídas ainda no cenário da pesquisa, outras dentro de um ônibus – meio de transporte utilizado pela pesquisadora – ou ainda, quando esta em casa. Tentou-se fazer o exercício de realizar todas as notas de campo no mesmo dia em que se realizava a entrevista era realizada para não ser esquecido nenhum detalhe que pudesse fornecer elementos para direcionar as próximas entrevistas e discussões futuras na escrita do estudo.

¹⁹As notas de campo se caracterizam como um instrumento de registro da investigação, dos movimentos, das interlocuções, espaços, atividades e objetos das observações que ocorrem no campo da pesquisa. Também pode ser registrado as perspectivas do pesquisador, auxiliando no momento da análise do material empírico (OLIVEIRA, 2014).

Nesse sentido, foram construídas 26 páginas de notas de campo, oriundas de observações, acontecimentos, relações, reflexões, comentários e experiências pessoais tanto do participante do estudo, quanto da própria pesquisadora. A seguir é apresentada uma nota metodológica com algumas dificuldades enfrentadas no campo de pesquisa.

*Em uma das entrevistas. Ao entrar no quarto a primeira coisa que a participante fez foi abrir a janela que ficava para a rua, em que se podia ouvir o som dos carros e pessoas que circulavam. Esse fato, em alguns momentos pode ter atrapalhado a qualidade da gravação da entrevista, pois a enfermeira tinha um tom de voz mais baixo e quando se emocionava e com o choro, a sua voz era mais difícil de escutar.
NM.local.realização.entrevistas.15maio18*

*Em uma segunda entrevista, o local foi em uma sala do ambulatório do hospital. Tal ambiente apresentava inúmeros ruídos, tanto das conversas das pessoas (outros funcionários que estavam em outras salas e corredores, como de pacientes que aguardavam atendimento), assim como, do telefone que tocava e ficava na recepção, além dos carros que passavam na rua ao lado a sala da enfermeira). A porta que dividia a sala em que estávamos e a recepção havia uma janela de vidro na qual a enfermeira conseguia ver quem a solicitava do outro lado. Isso fazia com que ela (Enfermeira), durante a entrevista, tirava sua atenção, quando estava pensando e falado sobre determinado assunto, ficava pensativa e mudava o rumo da entrevista. Ainda por estar em horário de serviço tivemos que interromper a entrevista 4 vezes, tal fato pode ter prejudicado, visto ter que retomar o assunto, ou interromper um pensamento que estava sendo exposto naquele momento, sendo que esses detalhes são perdidos ou não expostos da mesma forma quando retomados em outro momento.
NM.local.realização.entrevistas.17maio18*

Entre as etapas do trabalho de campo, o registro das entrevistas foi realizado mediante o uso de um gravador digital de marca SONY utilizado para produzir dados em áudio. As entrevistas variaram quanto ao tempo de duração: de trinta minutos à uma hora e vinte minutos. O gravador foi um instrumento de fácil utilização por parte da pesquisadora e, permitiu a retomada, após as entrevistas, de aspectos que foram apontados em alguns momentos únicos de reflexão dos participantes.

No entanto, a presença do gravador como instrumento de registro dos dados da pesquisa, em alguns casos, ocasionou inibição dos entrevistados. Em outros casos, o entrevistado pode ter assumido um papel que não é o seu, assumido um personagem que não tivesse a ver com quem ele é, fazendo-o atuar mediante a incorporação de um personagem conforme o que ele acha que o pesquisador quer ouvir. Tal experiência foi vivenciada pela pesquisadora ao longo da entrevista com a participante E01G01HC:

Percebo que durante a entrevista a enfermeira respondia de forma cuidadosa e pausada com a inclusão das palavras, o que após o encerramento da mesma e desligar o gravador evidenciei que se modificou. Após, a enfermeira parecia falar naturalmente com mais espontaneidade sobre a questão conflituosa existente entre a equipe da CIHDOTT e alguns profissionais da UTI. Dessa forma é percebido que o uso do gravador influenciou as respostas desta profissional, parece que ela sentia uma desconfiança frente ao que os dados poderiam gerar, pois não aprofundava seu relato frente ao que era perguntado. A impressão que se tinha era que ela “desviava” responder questões internas de dentro da instituição. NM.usodogravador.entrevista. 03abril18.

Nas entrevistas posteriores o gravador seguiu sendo utilizado pela pesquisadora, no entanto, procurou-se deixá-lo mais distante, ou seja, fora do alcance visual do entrevistado, considerando a posição do mesmo. Tal estratégia foi utilizada com a finalidade de desviar o foco do entrevistado para o gravador, a fim de evitar intimidações percebidas anteriormente.

Utilizou-se da observação não participante como técnica de coleta de dados, a fim de complementar e auxiliar no entendimento do objeto de estudo, buscando descrever o cenário em que as CIHDOTTs estão inseridas, assim como a UTI. Justifica-se seu uso devido à mesma permitir ao pesquisador observar os modos de agir dos participantes sem que esses notem sua presença, ou seja, sem interação entre ambos (SILVA, 2013).

Foi realizado um total de 42 horas de observação não participante, no entanto, não foi possível observar as entrevistas realizadas pelos profissionais da CIHDOTT com as famílias dos elegíveis doadores²⁰. Tal fato, pode ser explicado devido os profissionais terem uma pré-inclinação a negar sua própria tensão talvez pelo fato da própria insegurança frente ao momento delicado que se encontravam as famílias, a própria tensão dos profissionais, além da falta de espaço para acomodação na sala da CIHDOTT. Assim, foram realizadas observações não participantes nos quatro hospitais que compuseram o cenário da pesquisa. Nesses casos foram observadas a estrutura física da CIHDOTT e do hospital; abertura de protocolo; manutenção do potencial doador e interação da família na sala de espera da UTI.

Posteriormente a o registro das entrevistas mediante a gravação de áudios, os arquivos foram encaminhados para a transcrição literal. Os áudios foram

²⁰ Nomenclatura utilizada quando se confirma o diagnóstico de morte encefálica (GARCIA; GARCIA; PEREIRA, 2017).

disponibilizados no *Google Drive* mediante a criação de uma pasta, sendo esta compartilhada com uma profissional especializada em realizar as transcrições.

Para isso, algumas normas e símbolos foram adotadas pela pesquisadora e transcritora, sendo elas: todos arquivos foram elaborados no Word, fonte arial, tamanho 12, e entre linhas espaço simples. Não se utilizou comandos adicionais; como negrito, sublinhado e itálico. O número da página foi inserido no canto superior esquerdo, junto a essa foi colocado o nome do arquivo.

Ainda, todas as frases iniciaram com letra maiúscula. Palavra... = alongamento vocálico, hesitação ou interrupção de ato de fala; ...palavra = continuação da fala do turno do falante que foi interrompida; (...) = demonstração de corte de fala considerado não relevante; [01:46:09] = marcação de tempo [hh:mm:ss]; (*) (hipótese); [00:00:00] = hipótese de escuta ou fonográfica (o som que conseguimos entender); (inint) [00:00:00] = trecho ou palavra que não conseguimos compreender; ((palavra)) = comentários do transcritor.

Posteriormente as transcrições, foi revisado o conteúdo do texto escrito mediante a escutados áudios, a fim da confirmação da integridade e veracidade das informações. Destaca-se que apesar da pesquisadora não ter realizado as transcrições, a mesma ao retomar a escuta dos áudios pode confirmar elementos e impressões durante a realização das entrevistas, os quais foram importantes para o processo de análise e interpretação dos dados. A transcrição ocorreu logo após as entrevistas de forma que o processo de análise foi realizado paralelamente à manipulação dos dados, de modo sistemático.

Bourdieu (1999), também aponta algumas sugestões para a transcrição da entrevista que é parte integrante da metodologia do trabalho de pesquisa. Uma transcrição de entrevista não é só aquele ato mecânico de passar para o papel o discurso gravado do informante, pois, de alguma forma, o pesquisador tem que apresentar os silêncios, os gestos, os risos, a entonação de voz do informante durante a entrevista. Esses “sentimentos” que não passam pela fita do gravador são muito importantes na hora da análise, eles mostram muita coisa sobre o informante. O pesquisador tem o dever de ser fiel, ter fidelidade ao transcrever tudo o que o pesquisado falou e sentiu durante a entrevista.

Ainda que a transcrição deixe escapar o ritmo, o tempo do oral, basta ler em seguida algumas entrevistas para ver tudo o que separa as falas arrancadas

pedaço por pedaço dos pesquisados mais afastados das exigências táticas da situação de pesquisa e os discursos daquelas que são ajustados por antecipação (às vezes muito bem) à pergunta, assim, pelo menos, como eles a concebem. Eles dominam tão perfeita a situação que conseguem às vezes impor sua definição do jogo ao pesquisador (BOURDIEU, 1999, p.699).

O conjunto dos dados obtidos nas entrevistas transcritas foram gerenciados com apoio do programa Ethnograph v6, versão demo. Escolheu-se utilizar o Ethnograph v6 por ser uma ferramenta que facilita a organização dos dados, e conseqüentemente por manter a qualidade dos mesmos durante todo processo de análise. O referido programa também permite editar textos, codificá-los e agrupá-los em categorias (CASSIANI; ZAGO, 1997).

Desse modo, foram incluídas, as transcrições e as notas de campo, as quais constituíram um banco de informações específicas para o processo inicial de análise dos dados.

6.5 Aspectos éticos

O macroprojeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) de uma Universidade Federal do Sul do Rio Grande do Sul, mediante emissão de parecer sob nº 1.955.142 (Anexo A), sendo que este parecer também corresponde ao do subprojeto.

Para a realização deste subprojeto, foi respeitada a Resolução nº 466/2012²¹ do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ainda foram seguidas as responsabilidades e deveres presentes nos artigos 89, 90, 91 e 92 e proibições descritas nos artigos 94, e 98 do capítulo III da Resolução nº564/2017²² do Conselho Federal de Enfermagem (BRASIL, 2012; COFEN, 2017).

²¹Resolução nº466/12: Esta incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito os participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

²²Resolução nº 564/2017: Capítulo III (dos Deveres): Art. 89- Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação; Art. 90- Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; Art. 91- Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Capítulo III (das Proibições): Art. 94- Realizar ou participar de atividade de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de

Nesse sentido, a pesquisa teve seu início após serem realizados todos os esclarecimentos necessários aos participantes sobre os objetivos, procedimentos da coleta de dados, direito de acesso às informações e liberdade para desistência em qualquer fase da pesquisa, que estiveram assegurados mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B). Também foi solicitada a permissão aos participantes para gravar as entrevistas, com garantias referentes à confiabilidade e anonimato dos participantes.

Para as transcrições, as informações pessoais foram excluídas, e para isso utilizou-se iniciais que correspondem à sequência das entrevistas, grupo de profissionais²³ e instituições em que foram realizadas, com objetivo de manter o anonimato. Desse modo, quando referenciadas na pesquisa, deu-se a partir do exemplo a seguir: [E01HAG01].

Todas as entrevistas iniciam com a letra E, de entrevista, seguida por: número que mostra sua sequência, letra H que correspondente a hospital, e a sequência A, B, C e D, conforme cada instituição em que foi realizada a coleta; quanto ao grupo profissional correspondente ao participante, foi utilizada a identificação G01, G02, G03, G04, G05, sendo que estes não foram contextualizados separadamente na pesquisa, a fim de preservar o anonimato dos participantes.

O estudo não implicou riscos físicos aos participantes, no entanto, em caso de desconforto, foi garantida a liberdade de retirar-se a qualquer momento da pesquisa. Para os profissionais que apresentaram desconforto emocional, realizou-se escuta ativa, não havendo necessidade de realizar encaminhamentos para outros profissionais. Quanto aos benefícios da pesquisa aos participantes, foi proporcionada a reflexão sobre o tema frente suas atividades e processo de trabalho. Além disso, os resultados deste trabalho servirão de evidências para construção de propostas, a fim de qualificar a entrevista familiar e processo de doação de órgãos e tecidos.

Os dados coletados foram armazenados em documentos do *Word*, no computador da pesquisadora e em um sistema externo por meio de uma rede *online*, no serviço “*dropbox*”. Estes dados serão deletados, após cinco anos da realização do estudo.

risco ou danos aos envolvidos; Art. 98- Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização (COFEN, 2017).

²³Correspondem a categoria profissional que representam, como por exemplo: enfermeiros, médicos, entre outros.

6.6 Tipo de análise de dados e operacionalização

Os dados foram analisados mediante análise hermenêutica-dialética. De acordo com Oliveira (2011), a análise hermenêutica permite uma maior aproximação entre pesquisador com o material coletado, devido ao intenso diálogo existente entre os mesmos na busca pela compreensão dos significados expressos nas linguagens dos sujeitos em questão. De tal forma, a análise hermenêutica comporta um movimento constante do pesquisador a questionamentos e críticas, em busca da compreensão.

A fim de compor a análise hermenêutica, buscou-se a complementaridade da dialética como método de interpretação e compreensão dos dados. A junção das referidas técnicas de análise hermenêutico-dialética permite maior aprofundamento e aproximação com a realidade pesquisada. Além da compreensão dos dados coletados, tal método possibilita a verificação dos pressupostos e perguntas de pesquisa, expandindo, assim, o entendimento sobre a temática pesquisada. Ainda, tem-se na hermenêutica dialética um movimento dos sujeitos, os quais buscam a articulação de elementos da criticidade, contradições, mudanças e oposições na busca da compreensão (ALENCAR; NASCIMENTO; ALENCAR, 2012; DESLANDES; GOMES; MINAYO, 1994; FORTE *et al.*, 2017).

Em síntese, compreender implica a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e atrair conclusões em todas as direções. Mas compreender acaba sempre, sendo compreender-se. [...] Mas compreender significa também sempre estar exposto a erros e a antecipações de juízos. Existe realmente uma polaridade entre familiaridade e estranheza e nela se baseia a tarefa da hermenêutica, buscando esclarecer as condições sob os quais surge a fala (MINAYO; DESLANDES, 2002, p.92).

Quanto ao Desenvolvimento da análise hermenêutica dialética, foram descritas as seguintes etapas:

a) Aproximação com os dados coletados (primeira etapa): a aproximação com os dados foi construída desde a entrada no campo, na qual a própria análise já se permeava de forma dinâmica no desenvolver das entrevistas, na construção dos registros, observações e notas de campo. O manuseio dos mesmos ocorreu a partir da formatação dos arquivos para posterior transcrição delas.

b) Organização dos dados (segunda etapa): Nesta etapa foi realizada a edição das falas, todas entrevistas foram formatadas igualmente quanto ao tamanho

e tipo de fonte, foram excluídas palavras repetidas e incluídas a sequência de identificação de cada fala dos participantes e do pesquisador. Tomou-se o cuidado quando realizadas as edições, para que nenhuma informação fosse cortada, de modo a preservar o sentido dos relatos. Após a edição, foram adotadas normas de transcrição, a fim de transpor graficamente as interações verbais e não verbais que também apresentam-se como objeto de análise.

A etapa da organização dos dados também contemplou a construção de duas planilhas para o controle e desenvolvimento do trabalho de campo. Na primeira planilha continham informações das instituições e os participantes do estudo. Incluiu-se o dia, horário em que cada entrevista foi realizada, assim como a sigla de identificação de cada uma delas, o nome da pesquisadora que realizou e quais produtos resultantes a cada técnica. Em uma segunda planilha foram inseridas as notas de campo, essas foram salvas em arquivos do *Word* com a mesma identificação da entrevista, quando a mesma pertencia a um participante da pesquisa.

A figura a seguir apresenta as normas seguidas para a etapa de transcrições.

Sinais	Descrição dos sinais
palavra...	alongamento vocálico, hesitação ou interrupção de ato de fala
... palavra	continuação da fala do turno do falante que foi interrompida
(...)	demonstração de corte de fala considerado não relevante
[01:46:09]	marcação de tempo [hh:mm:ss]
(*)	(hipótese);
[00:00:00]	hipótese de escuta ou fonográfica (o som que conseguimos entender
(inint) [00:00:00]	trecho ou palavra que não conseguimos compreender;
((palavra))	comentários do transcritor.
(*) A marcação de tempo ocorre uma vez a cada 5 linhas para cima ou para baixo caso ocorram muitos (inint) ou (hipótese) devidamente sinalizada com [hh:mm:ss]. Uma hipótese de escuta é sinalizada apenas uma vez e após sua ocorrência deixa de ser sinalizada como tal.	

Figura 14 Quadro com as normas utilizadas para a transcrição das entrevistas
Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Ainda nesta etapa, buscou-se identificar o conteúdo empírico no material coletado, sendo realizadas as transcrições das entrevistas de forma integral, ou seja,

todas as verbalizações foram transcritas, assim como a leitura dos registros da observação e notas de campo.

c) Identificação das unidades de significado (terceira etapa): o processo de codificação foi realizado a partir de uma primeira leitura das entrevistas, buscando as ideias centrais e, seguida por uma leitura minuciosa, linha a linha, de cada entrevista, identificando e criando as unidades de significado que representavam cada informação, às vezes com uma palavra, outras vezes com uma frase. De modo, nesta etapa foram encontradas as seguintes unidades de significado: características emocionais do entrevistador; sensações provocadas pela entrevista familiar; empatia; estratégias de comunicação; formas de abordagem; respeitar versus convencer a família; crença; interesse nos órgãos; não acreditar na doação; percepção dos profissionais da entrevista; percepção do profissional CIHDOTT; percepção profissionais quanto a auto doação; percepção sobre vida e morte; percepção quanto a doação de órgãos; dificuldade de esclarecer a família; dificuldade na entrevista familiar; dificuldade de falar sobre morte e falta de informações no processo.

d) Identificação das unidades de análise (quarta etapa): realizada a codificação dos arquivos inseridos, realizou-se o agrupamento das unidades de significado, afim da identificação das unidades de análise a partir dos pressupostos teóricos, objetivos e teoria que sustentam a proposta de investigação da pesquisa. Após essa etapa, sob a lente do referencial de Habermas, a partir das unidades de significados foram construídas as unidades de significado, sendo inseridos nos respectivos grupos de sujeitos que são apresentados no quadro a seguir:

Unidades de significado	Unidades de análise
Características emocionais do entrevistador Sensações provocadas pela entrevista familiar Empatia Estratégias de comunicação; Formas de abordagem; Respeitar versus convencer a família Crença Interesse nos órgãos	Modos de agir dos profissionais da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos diante da abordagem a família para a doação

Figura 15 Quadro com a identificação das unidades de significado e unidades de análise.
 Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Unidades de significado	Unidades de análise
Não acreditar na doação Percepção dos profissionais da entrevista Percepção do profissional CIHDOTT Percepção profissionais quanto a autodoação Percepção sobre vida e morte Percepção quanto a doação de órgãos Dificuldade de esclarecer a família Dificuldade na entrevista familiar Dificuldade de falar sobre morte Falta de informações no processo.	Dificuldades no agir comunicativo e estratégico pelos profissionais da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos diante da abordagem a família para a doação

Figura 16 Quadro com a identificação das unidades de significado e unidades de análise.
 Fonte: Elaborado pela pesquisadora

e) Análise interpretativa dialética dos dados da pesquisa (quinta etapa): os dados empíricos obtidos foram analisados a partir de uma síntese interpretativa dialética em cada unidade de análise, considerando os pressupostos, objetivos do estudo, referencial teórico, aporte dos autores, bem como as experiências e a construção de saberes ao longo de toda a pesquisa. Desta forma, a explicação do fenômeno é realizada a partir das diferentes formas que os dados são interpretados, as comparações e contradições que se opõem na construção da compreensão do objeto de estudo (ALENCAR; NASCIMENTO; ALENCAR, 2011).

f) Sexta etapa: essa etapa diferencia-se das anteriores pela característica da reconstrução do material produzido, na reinterpretação do conteúdo da análise, a partir do movimento de aproximação e afastamento do pesquisador, o qual busca a compreensão do objeto do estudo. Ainda, esta etapa é marcada pela reflexibilidade, em que o pesquisador se afirma enquanto sujeito ativo e crítico dentro desse processo, no exercício da explicação dos fenômenos, sem se sobrepor ao que expõem os dados. Tal percurso é apresentado a seguir.

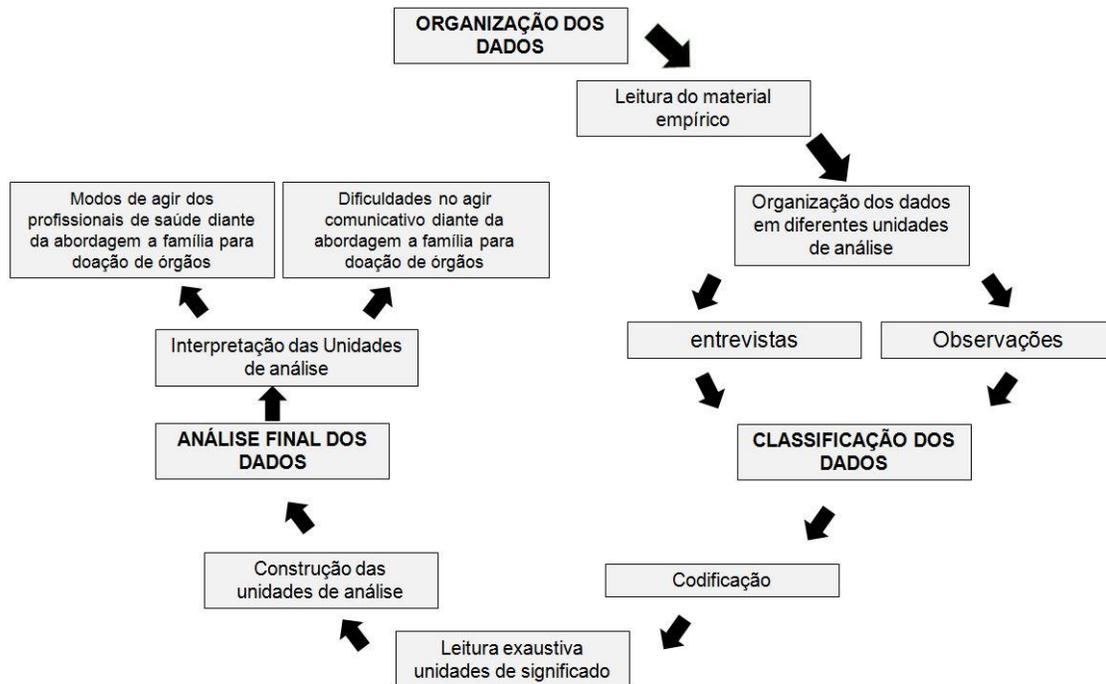


Figura 17 Organização e desenvolvimento da análise Hermenêutica Dialética
 Fonte: Construído pela própria pesquisadora e autora, 2018.

6.7 Rigor do estudo

As etapas do consolidado de pesquisas qualitativas (COREQ) foram seguidas. Esse é composto por 32 itens de verificação que auxiliaram na construção do método e trabalho de campo com maior clareza de informações (OLLAIK; ZILLER, 2012; TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007). Destes, cerca de setenta por cento dos itens foram conferidos. Apesar de nem todos os itens terem sido atendidos, os que não foram serão aplicados com a devolutiva dos dados aos participantes, CIHDOTTs e as instituições do estudo.

6.8 Divulgação dos resultados

Pretende-se realizar a divulgação dos dados, mediante apresentação dos resultados a partir da construção de artigos e encaminhados à periódicos para a publicação, assim como a construção de resumos que apontem os principais resultados. Também será disponibilizado um resumo executivo, juntamente com a dissertação na íntegra, os quais serão apresentados e entregues para os

profissionais participantes do estudo, assim como para as instituições que foram cenários da pesquisa.

7 Resultados e discussão

No presente capítulo serão apresentados as duas unidades de análise que permitem compreender os modos de agir construídos a partir da interação dos profissionais com a família na entrevista para a doação de órgãos, sendo eles: “Modos de agir dos profissionais de saúde diante da abordagem a família para doação” e “Dificuldades no agir comunicativo diante da abordagem à família para doação”

7.1 Modos de agir dos profissionais da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos diante da abordagem a família para doação

A abordagem à família no processo de doação de órgãos e tecidos é permeado por ações que compreendem distintos modos de comunicação, tempos e espaços, que vão desde a utilização do telefone, visitas à unidade de tratamento intensivo de modo presencial, reuniões de equipe, capacitações, interação com a equipe da UTI durante o processo de doação e contato com a família durante a entrevista para doação de órgãos. Trata-se, portanto, de um agir comunicativo e um agir estratégico, os quais serão descritos a seguir.

7.1.1 Agir Comunicativo

Ao considerar o agir comunicativo decorrente da necessidade de desenvolver ações oriundas pelo mundo da vida, por ações que fogem às normas e rotinas e às áreas dos profissionais de saúde, são vários os desafios para um agir produzido por distintos atores envolvidos na busca de um entendimento mútuo. A construção do agir comunicativo entre os indivíduos é permeada pela ação da linguagem. Nesse sentido, os participantes do estudo ao proferirem atos de fala, falam e fazem algo,

buscam alcançar o entendimento e consenso uns com outros e a efetivação de suas ações (HABERMAS, 2012a).

Nesse sentido Habermas (2012a), considera que a partir da interação os atores da ação comunicativa buscam soluções para o entendimento, e coordenação das ações. Nesse tipo de agir, as ações de fala não podem ser realizadas com dupla intenção, utilizarem-se da interação, a fim de produzir algo causal. A partir disso, no agir comunicativo, o entendimento se dá, de forma que os atores unem-se compartilhando seus planos, no horizonte do mundo da vida.

Nessa perspectiva, destaca-se que as ações produzidas pelos participantes do estudo permearam também as reuniões de equipe da CIHDOTT, seminários, palestras, entre outras. A partir dos atos de fala dos participantes do estudo, é identificada a presença de uma interação linguística em busca de um entendimento durante as reuniões da CIHDOTT, seminários, palestras, entre outros. No momento em que expressam a necessidade de falar sobre o que aprenderam, expuseram as dificuldades e facilidades que vivenciaram em uma entrevista, às falas apresentam um agir cooperativo, o qual busca o compartilhamento, valorizando o conteúdo expresso por cada um dos profissionais, a fim de uma troca mútua de informações que podem ser observadas nos depoimentos a seguir.

Nos relatos apresentados a seguir é possível identificar que os profissionais agem comunicativamente para a resolução de um problema ou conflito, baseando-se na busca do diálogo para o entendimento e o estabelecimento de uma norma consensual com o objetivo de orientar o agir dos atores da ação.

E com certeza o curso depois vai me esclarecer e eu também vou passar isso para as gurias também. [E01HCG1]

Uma vez no mês a gente se reúne. São reuniões para ver as atividades, as dificuldades, avaliar as abordagens. Eu já passei várias assim. Então, nós conversamos muito com a equipe, tem uma reunião uma vez ao mês. E a gente comenta das abordagens, até para uma saber o que é que aconteceu no momento a gente saber como que nós vamos lidar com a situação. E a gente assim, quem entra nova [profissional] fica com a antiga. Mas eu, por exemplo, quando eu comecei, eu fui eu fiz três cursos de coordenação. E depois na época, como foi em seguida que veio uma portaria de 2006 que tinha que ser para enfermeiro e para médico, tinham várias palestras também aqui. [E02HCG1]

Eu acho que as reuniões também incentivam a gente, a estar mais ligada a aquilo ali. Eu te digo que todo esse tempo, esses 6 anos que eu tenho de CIHDOTT eu, o melhor momento é agora. Por isso, porque uma puxa a outra. [E07HCG1]

Então procuram fazer da melhor forma, e depois a gente tem uma reunião mensal, a gente passa as nossas experiências, a gente troca as experiências, né! E a gente fala. E algumas coisas que a gente acha que a gente fez errado a gente conversa para ver se, ah, não faz o mesmo erro, né! Eu acho isso bem importante. [E03HCG1]

Constata-se a partir dos relatos, que os profissionais ao buscarem realizar reuniões em equipe, estão apresentando estratégias de abordagens à família. As trocas de informação frente às situações vivenciadas apresentam-se como uma forma de refletir sobre e como interação com esta família e pensar em modos de agir que auxiliem o momento de esclarecer e apresentar a possibilidade à doação.

A humanização dos serviços e a atuação das equipes exigem interação e acordo entre os sujeitos. O agir comunicativo pode trazer esse significado, com sustentação do diálogo e da cooperação, apontando nova direção baseada nos acordos sociais para produção dos serviços de saúde (CARVALHO; FREIRE; VILLAR 2012).

Em estudo de Meyer (2007), o primeiro contato com o processo de doação de órgãos para esses profissionais ocorreu de forma precipitada. A falta de preparo anterior à entrevista familiar foi uma das insatisfações expostas, os profissionais revelam terem sido “jogados” em seu primeiro contato com a família. Nesse sentido, o estudo ressalta que a educação do profissional de saúde, a partir do desenvolvimento de habilidades em comunicação, é necessária para uma equipe confiante a fim de atender as necessidades do processo.

Estudo semelhante revelou a necessidade da criação de grupos de apoio para os profissionais que realizam a abordagem à família e a entrevista familiar, com o objetivo de oportunizá-los a compartilhar suas experiências e vivências. A partir disso, acreditam que tal estratégia venha a contribuir no apoio e suporte para enfrentamento dos desafios e dificuldades que o processo apresenta (SADALA, 2000).

Para os participantes do estudo o controle emocional do profissional entrevistador é percebido como uma habilidade necessária para desenvolver o agir comunicativo para tal atividade. Tal percepção se manifestava quando os profissionais tentam, durante a interação com a família, ocultar sentimentos e sensações internas frente o próprio sofrimento ao falar sobre doação de órgãos.

Constatou-se nos depoimentos que tal interpretação é assumida e expressada pela maioria dos participantes do estudo que realizavam as abordagens

às famílias. Nesse contexto, o descontrole emocional é entendido como algo negativo, pois o profissional não passará confiança e segurança ao conduzir uma atividade que requer uma linguagem convicta e persuasiva. Desse modo, pode-se observar uma regência do mundo social sob o mundo subjetivo, o qual se enfatiza a coibição do segundo vir a influenciar e determinar as ações do profissional com a família.

Tais aspectos evidenciam uma normatização velada, um roteiro pré-determinado do modo como o entrevistador deve conduzir a entrevista, sem que as emoções deste sejam expressas, a partir do que apreenderam no curso para abordagem à família em relação à doação proporcionada pela Central de Transplantes. Apesar desta posição, parece haver uma contradição de atos de fala dos profissionais. Em alguns momentos, essa reação pode ser reconhecida como positiva como observados em *“tu não vai ficar chorando também junto, né?”*; *“Claro que no momento do sim às vezes as pessoas se emocionam”*.

Constata-se que o controle emocional sofre ambiguidades referentes à circunstância em que ele deve ser manifestado. Considera-se aceitável sua expressão e exposição após a família dar o consentimento a doação, ou seja, quando o profissional já está seguro da sua obtenção. Nesse sentido, observa-se que o mundo social busca coordenar e determinar como o profissional deve atuar durante a entrevista. A necessidade de manter o equilíbrio entre os mundos da vida, expressar e suprimir as emoções, revela uma linha tênue, na qual há uma atuação constante em que a emoção passa a ser utilizada como uma ação estratégica dentro dos discursos. Tais achados podem ser observados a seguir:

Olha, na realidade eu não vejo dificuldade, porque eu sempre fui muito objetivo, muito claro, muito...eu sou uma pessoa mais fria assim, eu consigo separar bem. [E04HBG1]

Eu acho assim ó, a questão emocional ela..é importante, né, porque tu pega a maioria das vezes a família ali no momento de luto chorando. Tu não vais ficar chorando também junto, né? Claro que no momento do sim às vezes as pessoas se emocionam e tu não está livre de te emocionar, e isso não é um ponto negativo. Eu não vejo como ponto negativo, a pessoa até vê que tu te sensibilizaste pela causa e tal, e vê o quanto nós consideramos importante, né, esse processo. [...]. Então ali eu acredito assim, se eu abraçasse ela e dissesse obrigado e tentasse me controlar, não estaria emocionada, eu vou dizer obrigada. Isso não me impede de que eu lacrimeje ali para ela, isso não vai dizer que eu não tenho preparo suficiente para estar conduzindo aquela situação. [E06HCG1]

Assim, eu vou te ser bem sincera, toda a vez que eu... assim [entrevistar a família], eu tenho que trabalhar bastante esse lado [emocional], porque... uma é que eu sofro com a família junto, sabe? [E10HCG1]

Mas eu acho que tem um ponto de equilíbrio assim, né! Também não vai ser totalmente insensível com o que está acontecendo, mas também tu não vais te sensibilizar demais a ponto de não seguir o teu trabalho, né! [...] Ah. Tem que ter um ponto de equilíbrio como eu tive, né? Tu não podes também te deixar levar, te influenciar pela tristeza da família. Mas também tu não vais ser uma pedra, né? [E03HCG1]

Constatou-se que por um lado, os profissionais não devem se aproximar além de determinado limite, evitando o envolvimento com o sofrimento vivido pelas famílias, para não comprometer a entrevista e a abordagem à ela no decorrer do processo quanto a tomada de decisão para consentir a doação. Já por outro lado, não deve também se “afastar” em excesso dos familiares, evitando o contato com a família e correndo o risco de ser desumano ao lidar com o sofrimento de perda do outro.

Estudo de Menezes (2006, p.96) identificou que “para realizar sua tarefa, o profissional constrói uma série de artifícios e formas de gestão dos sentimentos envolvidos. Por vezes, resulta em certa distância dos dramas humanos inerentes à prática de qualquer agente de saúde”.

Nessa perspectiva, Sadala (2000) constatou em seu estudo realizado com enfermeiros, que os mesmos não demonstraram interesse em construir vínculos com o potencial doador e sua família. A falta de envolvimento foi justificada pela prioridade de atendimento aos pacientes que possuem melhores prognósticos. No entanto, alguns enfermeiros apontaram que tal justificativa, na verdade, apresentou-se como um ponto de fuga encontrado, a fim de não se envolverem com a desafiadora assistência ao potencial doador e sua família.

A capacidade dos profissionais da saúde estabelecerem empatia durante a entrevista na qual a doação é solicitada aos familiares foi apontada por alguns participantes como um fator positivo, aumentando as chances de a família aderir à possibilidade de doação. Apesar do mundo social exaltar uma constante dominação frente ao agir dos participantes do estudo, as vivências individuais destacam-se quando os mesmos entram em contato com o sofrimento da família e passa a haver identificação com a situação vivenciada.

De tal forma, embora se tenha uma influência do mundo social frente ao agir, observa-se que o mundo subjetivo do profissional, suas vivências ao longo da sua

construção enquanto ser humano e profissional, passam a influenciar nas ações perante a família, observados em “*Antes eu achava que não*”, “*tem que ficar assim estático para falar com a família*”, “*não, eu acho que melhorou, a gente é humano, a gente tem que ter emoção sim*”. Nessa perspectiva, ao identificarem-se, desenvolveram um agir empático, passaram a entender as demandas e necessidades da família para aquele momento, enquanto suporte emocional, e ações como o toque, a fala, o silêncio e, a escuta. Tais achados podem ser evidenciados nos seguintes relatos:

A gente tem que ter empatia pelas pessoas, a gente tem que entender. É difícil o momento assim. Para mim no início era muito difícil o momento do... do silêncio assim, do choro, e de saber, “está, e agora o que é que eu faço?” “A hora de tocar nas pessoas, a gente sabe que... hoje eu sei que eu não posso estar tocando as pessoas de qualquer lugar. Então, se eles dão abertura a gente vai, mas senão, não. [...]”. Às vezes tu está falando tu vês que uma lágrima escorreu do teu olho. Porque também tu acabas tendo empatia pela pessoa e a pessoa acaba tendo segurança por ti. Antes eu achava que não, “tem que ficar assim [estático] para falar com a família”, não, eu acho que melhorou, a gente é humano, a gente tem que ter emoção sim, a gente tem que ter o respeito de quando eles pararem, porque às vezes, ah, estão agarrados, abraçados uns com os outros e tu vai lá. Não, deixa o momento deles. Então a gente tem que entender as fases do luto deles. E é isso. Às vezes tu fala também e ninguém fala nada assim, tipo, em choque mesmo. [E01HGB1]

Né? Eu já vi, e eu já sofri e já chorei junto com familiar assim de ver e sentir, me colocar no lugar, entendeu? E se... e sentir, pensar assim, “e o dia que chegar a minha vez? De perder minha mãe, de perder meu pai, será que vai ser assim?”. E me enxergar naquela situação e chorar por isso, entendeu? [E03HCG1]

Foi observado quanto a influência do mundo subjetivo, o fato de que para alguns participantes do estudo, ao compartilharem o sofrimento da família, revelaram o temor de em algum momento de suas vidas também vivenciarem tal situação. Constatou-se que há um reconhecimento e empatia que faz com que o profissional considere tal vivência uma projeção futura em relação à própria vida. Dessa forma, quando o profissional exterioriza seu mundo subjetivo, a família capta tais modos de agir e manifesta-se transparecendo sua confiabilidade nos atos de fala daquele profissional.

Um outro estudo apontou ser necessário um contato diferenciado com a família que não remeta o interesse do profissional apenas nos órgãos. Para isto, é fundamental dar tempo à família, assim como espaço para as decisões (OROY; TROMSKAG; GJENGEDAL, 2014). Em estudo semelhante, desenvolvido por Oroy

(2013), foi revelada a vivência de situações éticas conflituosas, por parte dos profissionais, em realizar a abordagem à família. Para eles, o conflito se estabelece quando há o desejo de respeitar a escolha da família, mas de encontro com isso são confrontados em convencê-la para doação. Nesse aspecto, identificaram como desumana e brutal quando a família é incitada a tomar decisões rápidas.

Evidenciou-se que, para alguns participantes do estudo, apesar de ser requisitado ao entrevistador o controle da entrevista perante a si e à família, os mesmos entendem como necessário o fornecimento de apoio emocional a ela por parte dos profissionais. Para eles, o entrevistador precisa ter habilidades específicas, a fim de prestar um conforto à família, como ter a sensibilidade e estar disposto a captar o que é dito e não dito, ser tranquilo, ter a capacidade de se colocar no lugar do outro, sendo este outro, a família.

Para os profissionais conduzirem a entrevista, torna-se necessário saber identificar quando a família necessita de amparo, quando é o momento de falar ou quando é o momento de calar e ouvir. Entretanto, parece não ser todos os profissionais que manifestam em seus modos de agir esse tipo de habilidade. Pelo contrário, uma vez que se pode observar nas seguintes falas: “*dependendo de quem realmente entrevista, não se tem assim...emoção, feeling, sabe*”, “*a gente nota que é meio mecânico assim*”, a falta de sensibilidade, o desinteresse em interagir com a família. Dessa maneira, observa-se em tais aspectos, que o modo com que o profissional profere os atos de fala, ou seja, a forma como fala e se expressa, a confiança e vínculo construídos na interação, podem levar ao sim ou arruinar a concretização do consentimento para a doação. Tais aspectos são expostos nas falas a seguir:

Tem que ter um apoio sim. Tem. Ah, tem que ter. Tem que ter apoio emocional, tu tens que ter...tu tens que ser tranquila. É, tem que dar apoio para essa família, tu tens que ter a capacidade de se colocar no lugar do outro. A parte emocional ela é muito importante sim. [E02HCG1]

Mas, com questão de... emocional, já teve situações que eu chorei com uma mãe, por exemplo. Eu sou ser humano também, a gente acaba se emocionando. Claro, tu não podes perder o controle e chorar mais que a família. Mas dá aquele... um abraço se necessário, um aperto de mão, conforto, isso a gente faz. [E04HCG1]

[..] tu tens que saber como conduzir a entrevista, porque afinal tu és um profissional, né! Por mais que às vezes [se controla]... ah, a gente é ser humano. Tu tens uma preparação, mas é uma coisa de momento, sabe? Então a gente acabou se emocionado assim, às vezes é um abraço, né! É

uma mão assim que tu vais acariciar. Às vezes é um momento de ouvir, porque às vezes as famílias querem falar a respeito daquela pessoa que eles perderam né! [E08HCG1]

Mas a gente já notou também que dependendo de quem realmente entrevista, não se tem assim... emoção, feeling, sabe? Lá na hora de entrevistar. Então a gente nota que é meio mecânico assim. [E02HBG1]

Nesse sentido, Sadala (2000) evidenciou que a falta de habilidades emocionais parece estar diretamente relacionada com as dificuldades com que os profissionais de saúde enfrentam em abordar as famílias, o que pode influenciar na assistência oferecida. Desse modo, quando o profissional se afasta do contato mais íntimo com as emoções, parece não haver interação e vínculo necessários para que a família se sinta acolhida, o que pode representar falta de empatia com a situação vivenciada, influenciando na decisão da mesma para com o consentimento à doação.

Outro aspecto evidente nos depoimentos refere-se ao fato de que o momento da entrevista para a doação de órgãos, para alguns profissionais, é compreendido como uma oportunidade de levar conhecimento sobre um assunto ainda pouco discutido na sociedade. É o momento de informar e esclarecer questões de dúvidas que geram insegurança para a família, dar tempo para a família pensar e entender tais acontecimentos. Assim, neste modo de agir, a comunicação desvincula-se de ações pretensivas ou influenciáveis, se a família vir a consentir foi produto de uma ação comunicativa, a qual ambos sujeitos entraram em consenso ou se fizeram entender. Tais aspectos foram expostos nos seguintes depoimentos.

Na realidade tu vai esclarecer, tu vais esclarecendo, esclarecendo as dúvidas. Mas tu te pões à disposição ali, geralmente a pessoa sente confiança assim no jeito que tu falas, entendeu! No jeito que tu expões, no jeito que tá que esclarecendo as dúvidas. Então já cria aquele vínculo ali, já fica mais fácil. [E04HBG1]

É, a gente tenta entender a atitude deles naquele momento, né! Que ninguém é obrigado a nada. Que aquilo ali era só uma oportunidade que a gente estava dando, que muitas pessoas aceitam, outras não. E que em nenhum momento aquilo vai prejudicar eles, muito pelo contrário, só o fato de a gente ter a oportunidade de estar conversando com eles, já é uma grande vitória assim em poder esclarecer algumas dúvidas que também eles tiram naquele momento. [...]. É falando uma palavra de conforto, dando um copinho com água, chamando para sentar numa salinha, sabe. São uns manejos assim que a gente faz, porque na verdade não tem o que falar né! E às vezes respeitando e só ficando ali, deixando ela ficar, quieta, sem conversar, sem ficar fazendo pergunta. Então é respeitar o momento dela, né? Eu já cansei de ficar parada olhando. E pensando para mim, "meu Deus, o que é que eu estou fazendo aqui?" né! [E02HDG1]

É claro que muitas vezes tu pode orientar da melhor forma possível, tu explicar, deixar bem esclarecido para a família e muitas vezes mesmo assim, tu receber uma negativa, mas tu tem que acolher a família, tu tentar passar o mais claro possível para eles eu acho que isso é muito importante. Muitas vezes tentar até evitar termos técnicos e dar um tempo para a família também, né! Isso é importante. Dá um tempo para a família tomar aquela decisão, a gente nunca pode influenciar. [E03HBG1]

Nessa perspectiva, Maynard *et al.* (2015) ressaltaram que neste momento a família precisa sentir-se segura em poder desabafar, ser compreendida independente do consentimento. Para isso, as equipes precisam estar preparadas para lidar com os comportamentos e sentimentos gerados pelo luto²⁴, dispendo-se em acolhê-las nas distintas fases que o mesmo apresenta.

Em estudos semelhantes, Oroy (2013); Fonseca e Tavares (2014) demonstraram que a entrevista familiar é entendida pelos profissionais como um meio educativo, que requer preparo para elucidar a família sobre as etapas do processo. De forma que suas dúvidas e anseios sejam esclarecidos para que assim possam decidir-se a respeito da doação. Foi revelado ser necessário que os profissionais tenham o cuidado que, independente do consentimento à doação, devem transmitir uma imagem positiva de transparência do processo, a fim de evitar a impressão da assistência às famílias estar relacionada apenas no desejo aos órgãos.

Evidencia-se que para alguns profissionais a entrevista para doação de órgãos é vista como uma oportunidade de esclarecer a família sobre um tema que ainda é pouco discutido na sociedade. Para os profissionais que tem essa percepção, o momento não é considerado um desafio, pois seu papel é esclarecer e não convencer a família. Ao encontro disso, percebe-se a intenção por parte dos profissionais para um entendimento linguístico mútuo, ou seja, por ambas as partes busca-se o entendimento. Dessa forma, “se as pretensões de validade forem aceitas, tem-se o entendimento consensual e, se a fala ocorreu sem interferência e

²⁴Fases do luto: Negação: fase em que a pessoa nega a realidade, diagnóstico ou morte, tentando provar um engano. Essa fase caracteriza-se como uma defesa temporária. Raiva: a pessoa apresenta revolta ao vivenciado, por interromper planos de vida. Barganha: nessa fase a uma tentativa de adiar tal diagnóstico ou morte, mudanças no estilo de vida, novas atitudes, a fim de prolongar a sobrevivida. Ainda nessa fase é comum a pessoa relacionar o adoecimento como um castigo. Depressão: momento em que a pessoa passa a sentir o impacto da doença, as alterações sofridas, que poderá perder tudo o que ama. Aceitação: nessa fase a morte mostra-se mais confortável do que a sobrevivida, esse momento a pessoa poderá querer falar sobre sentimentos necessitando de pessoas disponíveis e preparadas para esse contato (KUBLER-ROSS, 1969).

sem deformações subjetivas, o consenso foi obtido racionalmente” (HABERMAS, 2004).

Em síntese, essas foram algumas ponderações a respeito do agir comunicativo dos profissionais diante da abordagem para entrevista a doação de órgãos. A seguir, incluem-se as ações referentes ao agir estratégico e sua relação com as formas de abordagem dos profissionais.

7.1.2 Agir Estratégico

O agir estratégico diferencia-se do agir comunicativo no modo como os sujeitos coordenam suas ações. Considera-se uma ação estratégica aquela que orienta-se por si própria, que age mediante a intencionalidade, de modo que busca alcançar um objetivo influenciando as decisões do outro ator que participa do ato de fala. Neste agir, a atuação é cercada de interesses por parte de um dos atores da ação sob a influência do outro, estando expressa uma linguagem de persuasão, para um determinado fim, que só beneficia uma das partes em questão (HABERMAS, 2002).

Evidenciou-se que nos discursos dos profissionais a interação e o agir acontecem de diferentes modos, sendo esses movidos e influenciados pelo mundo da vida. Nesse sentido, considerando as manifestações linguísticas expressas ao longo do contato e interação dos profissionais com a família, observou-se que houve momentos de conflitos de saberes e poderes e contradições, nos quais se notou que a comunicação utilizada consistiu em uma linguagem carregada de intenções e tendências, expressos por um agir estratégico, utilizado para a realização de um propósito, sendo este o consentimento familiar para a doação.

Nesta perspectiva, este tipo de agir se sucede quando os profissionais utilizam-se dele para a resolução de seus problemas, associado ao seu único interesse, sendo este condutor do seu agir. Desse modo, entram em contato com a família, buscando influenciar para agir de acordo com seu interesse. Tal aspecto, pode ser observado não só no momento da entrevista, mas previamente a ela, como durante as visitas na UTI ainda quando o paciente não é um potencial doador. Ao realizarem a entrevista para doação de órgãos, alguns participantes revelaram utilizar distintas estratégias para abordar a família.

Entre elas estão: 1) “a busca por informações do potencial doador em vida facilita a abordagem”; 2) “requer que o profissional estude e busque se aperfeiçoar na entrevista familiar”; 3) “forma como os participantes do estudo se apresentam e expõe seu trabalho e a opção à doação de órgãos”. Dentre essas, os mesmos expõem que ao longo do tempo de atuação foram aprendendo, (des) construindo e (re) construindo a melhor forma de agir frente à família, considerando o momento e espaço de utilizá-las.

1) A busca por informações do potencial doador em vida facilita a abordagem.

Ao perceberem a negação da família para o consentimento, identificaram que ao buscar por informações do potencial doador em vida facilita a abordagem e também a entrevista para o consentimento. As informações correspondiam a estilo de vida, características comportamentais, valores pessoais, crenças, o papel que essa pessoa exercia na comunidade e sua relação com outras pessoas. Tais informações foram buscadas no prontuário do paciente e em conversas com familiares e amigos. De tal modo, antes de falar em doação, os profissionais estimulavam um diálogo com a família para falar sobre como era a vida da pessoa, o que era constatado também como uma forma de aproximação deste profissional com os familiares que, até então, não tinham contato prévio.

Observou-se que algumas ações dos participantes vão além de formas de abordagens, são utilizadas como estratégias de comunicação, a fim de atingir um propósito, ou seja, o consentimento da família. Nesse sentido, tais atos de falas podem ser observados no uso de expressões tais como: “ah, ela era uma pessoa tão boa”, “ela gostava de ajudar os outros”, “gostava de se relacionar”, “tá, mas ela... tipo era caridosa?”; “então assim, tu tem que ter lábia”. De acordo com o exposto, ao ter todas essas informações os participantes do estudo têm uma dimensão dos saberes, práticas e experiências não só da pessoa falecida, potencial doador, mas também da família, que é a responsável pelo consentimento da doação, conforme constata-se nos seguintes relatos:

[...] a gente tenta indagar que estilo de vida a pessoa levava. Né! Então às vezes eles dizem, “ah, ela era uma pessoa tão boa”, ou, “gostava de ajudar, participava de certas coisas. [E02HDG1]

[...] assim, a gente sempre entra, sempre é um gancho assim quando a pessoa fala assim, “ah, ela é uma pessoa muita boa”, “gostava de ajudar os

outros". Isso aí, tu já tens assim ó, 90 por cento [de chance do sim]. Que daí tu consegue... agora se tu perguntas assim, "e aí? Como é que ela era? Gostava de se relacionar com as pessoas, tinha muitos amigos? ", eu já peguei um que falou assim: "não, ela tinha depressão, ela não gostava de viver com ninguém", "Tá, mas ela... tipo era caridosa? ", "não, não gostava de ajudar ninguém, ficava só em casa". Então assim ó, cada entrevista é uma. [...]. Porque assim ó, com o tempo não tem como tu aceitar o não, se tu souber explicar e tu souber dizer a grandiosidade da questão, do tema, não tem como a pessoa dizer não. Não tem como. Então assim, tu tens de ter lábia. [E06HCG1].

O que é que eu vou oferecer assim de ponto positivo se a pessoa não gostava de nada de ações assim, de caridade?[E05HBG4]

Roza, Garcia e Barboza (2010), apontaram em seu estudo que os profissionais de saúde possuem uma característica "paternalista", motivada pelo preceito da beneficência, da qual utilizam-se para justificar condutas e tratamentos com a ideia de que seria o melhor para o paciente. Nesse sentido, o paciente, não possuindo condições de decisão, cabe aos profissionais assumirem esse papel, visto neles ser depositada a incumbência do saber. No entanto, a conduta evidenciada em muitas instituições de saúde, implica no desconsiderar da liberdade de optar e agir, conforme a decisão e escolha do sujeito.

O estudo ainda observou que o consentimento à doação de órgãos associa-se ao preceito da beneficência, visto a doação ser considerada um ato altruísta, ao ser ancorado na bondade, no sacrifício, desprendimento, além de promover uma retribuição emocional para quem a concedeu (ROZA; GARCIA; BARBOSA, 2010).

A partir de tais considerações questiona-se quanto aos participantes do estudo usarem de valores, princípios, crenças do potencial doador e família para um determinado fim, ou seja, utilizarem como um instrumento para o consentimento à doação. Observa-se que a ação estratégica instala-se no momento em que usam do princípio da beneficência, do retorno que esta proporcionará à família ao consentirem a doação. Entretanto, considera-se que esta decisão é uma condição íntima da família, conforme suas convicções próprias, a partir de uma aceitação livre, um entendimento consciente de tal ação.

Os modos de comunicação, segundo a Teoria da Ação Comunicativa (HABERMAS, 1987), são fundamentados em atos de fala e podem ser compreendidos como proferimentos de afirmação, declaração ou promessas. De acordo com Habermas (2012a), o que faz uma ação ser estratégica ou instrumental é sua intencionalidade e as condições sociais nas quais se baseia e se realiza com

um fim em si mesma, apenas como modo de alcançar uma finalidade a qualquer custo, de modo que os fins justifiquem os meios, demonstrando que o agir estratégico ou instrumental afasta a racionalidade comunicativa da ação.

A interação linguística dos profissionais durante a abordagem à família, tem uma característica que esclarece a dificuldade que muitos enfrentam para tal situação. Em vista disso, a entrevista para doação de órgãos é representada para os participantes do estudo como um momento de sofrimento, pelo qual sentem a necessidade de agir e atuar conforme o cenário se revela. De tal modo, evidencia-se que, ao entrar em contato com a família, adentram no mundo pelo qual ela está vivenciando, ou seja, o profissional adapta-se ao momento, às expressões, emoções e sentimentos que são expressos conforme a situação e fazem desses, os seus.

Nesse sentido, observa-se nos atos de fala “*Se ela vai chorar, tu vai chorar*”; “*se essa pessoa ficar quieta, tu vai ficar quieta junto*”; “*tu vai mudar o teu semblante*”; “*tu tem que entrar naquela situação que tá acontecendo*”, que há uma atuação, uma simulação dos modos de agir dos profissionais que vão adequando seus discursos, de modo que palavras e expressões que remetam a alegria ou bem estar são exclusas do diálogo, dada a situação que a família se encontra. Observa-se ainda que tal comportamento refere-se ao receio de que essas expressões possam influenciar negativamente na decisão da família.

Dessa forma, evidencia-se um cálculo das ações, um vai e vem entre aproximação e distanciamento desse profissional, que ora é regido pelo mundo subjetivo, ao agir de forma empática com a família, ora pelo mundo das normas, ao afastarem-se desta. Tais elementos promovem um constante conflito para os participantes do estudo. A seguir, podem ser identificados tais atos de fala:

Tem que conversar, tu tens que esperar. Se essa pessoa ficar quieta, tu vais ficar quieta junto com essa pessoa. É a pessoa que tem que falar. Tu tens que esperar, se tiver que esperar meia hora, 1 hora, tu vais esperar. Se ela vai chorar, tu vais chorar. Tu jamais vais dizer para a pessoa assim ó: “eu entendo o que é que tu estás passando”, se tu não passaste por isso. A gente não pode estar tocando, acariciando, não. Né! [...]. Os sentimentos assim a gente nunca deixa transparecer, mas também tu não vais chegar no momento da entrevista se agora por exemplo, dizer assim, “boa tarde. Tudo bem”. Tu tens que chegar lá tu tens que entrar naquele contexto, né! Tu tens que entrar naquela situação que está acontecendo. Então assim ó, se a família está chorando tu tipo, tu vais mudar o teu semblante. [E02HCG1]:

Porque eu acho que até algumas palavras que tu usas no momento, vai contar positivo ou negativo para ti, né! A forma que tu te posicionas, né! A maneira que tu sentas perto, se tu sentas longe. Entendeu? Tu tens uma

ação de confortar a família ou se tu não tens, aquela lição de confortar [E06HCG1]

A gente vê a própria colega, “ah, botou a mão na coxa, não pode; e a mão no ombro”, né! “A colega desviou o olhar”, “àquela hora o familiar estava te olhando nos olhos”. Buscar o que aconteceu na trajetória daquele paciente, né! Se ele é um paciente que ele tinha alguma história anterior de doença, né! Se ele era um paciente que fazia tratamento. Essas coisinhas todas, a gente conversa com eles né? Primeiro a gente tenta saber um pouquinho do paciente, né?. [E10HCG1]

De acordo com Fonseca *et al.* (2016), é necessário que as equipes que abordam a família, além do conhecimento técnico, tenham, fundamentalmente, ou desenvolvam habilidades específicas referentes ao manejo emocional, tanto como para si, quanto para a família. Nesse aspecto, é necessário ao profissional entrevistador sensibilidade para perceber a família, saber reconhecer o momento da escuta, o momento de falar e principalmente o momento de calar. Nesse sentido, é necessário carisma e empatia para conseguir fazer parte do momento em que a família está vivenciando. Para os autores, o profissional primeiro precisa estar em equilíbrio com suas emoções, para depois poder lidar com as emoções do outro.

Entretanto, evidenciou-se uma tendência contrária na atuação dos profissionais perante a família, frente ao exposto, quando o que se prevalece é o afastamento do profissional que aborda, dada a impressão de que para haver segurança, o profissional não pudesse agir de tal forma, ou seja, não é permitido expor suas emoções (FONSECA *et al.*, 2016).

De acordo com exposto, apesar das habilidades emocionais mostrarem-se fundamentais ao profissional que realiza a entrevista familiar, evidencia-se que a forma como utilizam não tem por finalidade somente o acolhimento, suporte à família. Evidencia-se que a aproximação que alguns viabilizam é fomentada pelo agir estratégico em obter algo. No entanto, observa-se como necessário, o profissional ser um instrumento, mas não estratégico, e sim utilizar-se da fala para uma interação na qual haja um entendimento mútuo entre as partes. Dessa forma, a busca pelo entendimento, dá-se para ambas as partes, nas quais a família sairia com o conhecimento e a equipe, com segurança para transmitir e compartilhar determinadas informações, sem pretensões para outros fins.

Outro aspecto observado é que a família é vista pelos participantes como importante fonte para se conhecer. Desta forma, passavam a observá-la nos momentos de visita ao potencial doador na unidade de internação e a buscar por

informações. Tais informações correspondiam à estrutura, quem eram os membros da família, quais eram os familiares mais próximos, os que tendiam ao sim para a doação, assim como os familiares que poderiam gerar conflitos. Além disso, o horário de visita para estas famílias era estendido, livre, visita aberta, as informações eram mais claras e o tempo dispensado a elas era maior.

A partir disso, evidenciou-se que, ao ter esse conjunto de informações, os profissionais desenvolveram argumentos persuasivos e intencionais para tentar convencer a família, os quais foram vistos pelos mesmos, como habilidades profissionais necessárias para desenvolver a abordagem e entrevista à família. No entanto, aqueles que não se utilizavam de tais estratégias, eram vistos pelos próprios colegas como “ineficientes” em seu ofício ou este era considerado insatisfatório. Tais aspectos podem ser evidenciados no relato a seguir.

*[...] porque uma coisa muito inconveniente assim que eu acho que é a gente tratar muito bem, encaminhar para uma sala, dar cafezinho, dar água praquela família que a gente vai abordar, para fazer a abordagem pra tentar a captação. Só que durante todo o processo de internação, eles tiveram recebendo notícia de pé então não faz muito sentido naquele momento que eu vou barganhar alguma coisa! Eu levo ele para uma sala especial e aí eu ofereço alguma coisa pra ele, trato de uma forma diferente, a gente sabe que ah esse sentimento [interesse] que a família vai ter ao final da internação ele vai depender de todo o processo de internação dele, então, se ele foi mal tratado ou não foi tão bem tratado, digamos assim, se um dia ele ficou esperando, meia hora, uma hora, pra poder entrar pra poder fazer a visita na UTI, isso tudo vai influenciar a decisão dele doar ou não.
[E02HAG1]*

O agir estratégico transita também em outros locais além da entrevista, é percebido, também, durante a assistência ao potencial doador, quando se projeta de maneira diferente dos demais, com ações com um pretexto ao qual já visam um fim. Desse modo, o agir estratégico efetua-se quando os profissionais se utilizam da comunicação como ferramenta de poder, a qual controlam, insistem, usam formas de convencimento que mediam e direcionam para o consentimento da família para a doação.

Nessa perspectiva, o estudo de Sanner (2007), expôs que alguns profissionais mencionaram sentirem-se desonestos realizando seu papel profissional versus os cuidados na manutenção do potencial doador. É evidenciado que a morte encefálica ainda provoca incertezas sobre a veracidade enquanto diagnóstico, o que pode ser observado quando realizam a assistência e, ao abordar a família,

percebem-se como “caçadores de órgãos”.

Em estudos semelhantes, Fonseca e Tavares (2014); Oroy (2013) foi revelado ser necessário que os profissionais tenham o cuidado, que independente do consentimento a doação, os mesmos transmitam uma imagem positiva de transparência do processo, a fim de evitar a impressão de assistência às famílias estar relacionada apenas ao desejo dos órgãos.

Nesse sentido, Santos e Massarollo (2011), expuseram que, para os profissionais, o entrevistador deve apresentar características específicas para abordar a família. Atitudes simples como oferecer água aos entrevistados, sentar-se próximo e tocá-los são formas de acolhimento que transmitem conforto, desmistificando a percepção da entrevista apenas para o consentimento a doação.

Ainda, o estudo expôs que o profissional deve conhecer previamente as informações referentes ao potencial doador, assim como a de sua família, a fim de estar preparado para os diferentes comportamentos que a mesma possa apresentar.

Em contraponto ao exposto, observa-se que as estratégias utilizadas por parte dos profissionais se estabelecem durante e anteriormente a entrevista para a doação de órgãos. Desde a abertura do protocolo, o profissional já traça seu objetivo, de forma que, durante as visitas, parta de uma pré-análise do familiar, observa seus gestos, suas emoções e ações. Quando em contato com este, fornece uma assistência diferenciada dos outros pacientes. De modo que as formas de agir destes profissionais já se dão de forma estratégica.

Os atos da fala de alguns profissionais da saúde, quando em contato com a família, visam esclarecer determinados temas. No entanto, quando esses estão relacionados com crenças individuais referentes ao mundo subjetivo, como o caso da doação de órgãos, pode repercutir de forma negativa para a família ao ser abordada pelo profissional. Nesse aspecto, ao falar de conteúdos cercados de crenças, e tendo neste um propósito, torna-se extremamente difícil e complexo utilizar-se desses atos de fala como um elemento favorável que tenha como objetivo o consentimento para a doação. De tal modo percebe-se que para alguns participantes do estudo não há ato de fala proferido, seja ele estratégico ou não, que vá reverter a decisão da família quando esta é movida por um credo ou doutrina, que conduz suas ações.

Já para outros participantes do estudo, o paciente doador e/ou família ter uma crença religiosa é algo positivo no que tange às possibilidades de estes virem ser favoráveis à doação. Evidenciou-se nos discursos que ao seguir uma crença, o indivíduo teria ao longo da vida princípios, valores e práticas voltadas para o bem-estar do outro. De tal modo, constatou-se que alguns participantes se utilizam do que diz a crença religiosa, como exposto nas frases: *“essa é uma atitude que vai ser honrada dentro da religião de vocês”*; *“olha Deus o que ele fez, deu a vida... a vida do seu filho. A senhora não acha que vai fazer algo semelhante doando órgãos da tua filha”*. Ou seja, partem da crença da família e da pessoa potencial doadora como uma estratégia para convencer a família.

Para alguns participantes, falar de “Deus” de forma geral é mais fácil para encontrar as palavras mais condizentes com o que pensa e acredita a família, diferente de quando se depara com outras doutrinas. Tais opiniões foram identificadas nas seguintes falas:

Se tu tens uma crença que te leve à vida, por exemplo, te doutrine e se a gente tentar conscientizar de que aquela doutrina da religião dela é a favor disso, por que é que ela vai dizer não se tu vives aquela religião? Daqui a pouco se dizia, “chama a tua entidade, chama o teu pastor, chama o teu pai de santo para gente conversar sobre o assunto, e vocês verem que essa é uma atitude que vai ser honrada dentro da religião de vocês”. Agora, a entrevistadora dizer, a família disser, “não, a nossa religião não... não permite”, “que religião? Vocês são umbanda? Ah, bom”. O que é que é? Falta de conhecimento e falta de argumentos de quem entrevistou essa família. [E06HCG1].

Hã a crença assim ó, nenhuma religião é contra, né! Uma vez a gente abordou uma paciente que era umbanda, e aí... não fui eu, né. E aí foi colocado [pela colega] depois que, “ah, ela era umbanda” e ela não doou. No meu ver teve uma falha, a falha de quem entrevistou né. Porque não contraindica, né! Nas minhas experiências assim nunca foi barreira. Pelo contrário, “ah, Deus, né! Ajudar os outros”, sabe? Então...ajudar o próximo, ela era uma pessoa boa. [E07HCG1].

Nenhum momento durante a entrevista a gente pode partir para esse lado de religiosidade, a não ser que a família te dê essa abertura. A gente pode pegar gente que é ateu, a gente pode pegar outros que são evangélicos, outros que são umbandas. Se te falarem em Deus, tu podes falar em Deus. Agora se te falarem em Jeová, eu não sei falar Jeová, então eu não vou poder falar. Falar em Exu, não sei o quê, eu não vou poder falar. Agora se falarem em Deus eu vou poder falar, “bom, se ela era cristã, olha Deus o que ele fez, deu a vida... a vida do seu filho. A senhora não acha que vai estar fazendo algo semelhante doando órgãos da tua filha?”. Isso é uma atitude amor. [E04HCG1]

[...] tipo se entrar crença não vai mudar a opinião da pessoa, não vai entrar na cabeça da pessoa de numa vida inteira acredita numa coisa, aí chega assim numa hora de dor, um profissional mudar ali. Não vai mudar, né! Eu

não vejo dessa maneira, apesar de que no nosso grupo tu vai ter gente que vai dizer, mas eu acho que tu vai esclarecer para a pessoa [...] [E01HCG1]

Chego ao Hospital B as 14h30min me dirijo a sala de espera da UTI. Ao me aproximar da sala de espera observo que há três pessoas (dois homens adultos e uma mulher jovem) no corredor lateral que antecede a sala chorando (mulher), e mais três mulheres sentadas nas cadeiras, uma delas expressava um choro mais intenso, sendo abraçada pelas outras duas. Além delas haviam outros dois familiares de pacientes que se encontravam internados na UTI. Sento-me ao lado e uma delas relata que o filho da outra estava grave, e com morte cerebral. Trata-se de um jovem de 22 anos que sofreu um acidente de moto, com traumatismo crânio encefálico, evoluindo para morte cerebral. Observo que um dos homens que estava com a família deste comenta sobre a necessidade de chamar o médico da família, pois necessitavam de alguém de confiança para esclarecer o que estaria acontecendo. Observo que há entrada e saída de profissionais de saúde da UTI, alguns para realização de exame como Raio X, outros do laboratório de análise clínicas (pela identificação no jaleco). A visita é interrompida devido à necessidade da realização de algum procedimento a um paciente. As 15 horas o médico X, médico da uti no turno, abre a porta da Unidade e chama pelos familiares do paciente B, jovem que se encontra em morte encefálica, são um total nove familiares que vão em direção a ele. Todos entram e se posicionam ao lado de dentro, porta da UTI, e ali ficam juntamente com o médico. No decorrer da conversa, a porta da UTI é aberta duas vezes para passagem de profissionais que transitam ali. Passam-se 10 minutos, e os familiares retornam a sala de espera, algumas mulheres ocupam as cadeiras, e um dos homens levanta um questionamento ao grupo, a partir do que o médico disse a eles na conversa, "Como assim pode ser morte cerebral? Ele está respirando. Como assim não está respirando, mesmo com aparelho está respirando". Este mesmo homem conta sobre vários casos de pessoas conhecidas que vivenciaram uma situação grave e que estavam na UTI, sobreviveram e estão bem hoje. Ele diz que tem que ter fé e esperança, e é importante que eles tenham pensamento positivo, fazendo com que se crie uma rede de energia positiva e isto sim poderá ajudar. Os familiares discutem sobre a possibilidade de o jovem ser transferido para outro hospital, mencionando que a UTI em que se encontra é SUS. Os familiares permaneceram no local. ND.familia.sala.espera.mortecerebral.hospital.B.14ago18

De acordo com Moraes e Massarollo (2009), apesar da religiosidade ser um dos motivos apontados pela família como negativa à doação de órgãos, as crenças culturais da família parecem ter maior impacto no momento da decisão. Ao acreditar em Deus, muitas famílias esperam por um milagre e negam a doação.

Rosário *et al.* (2013), de forma parecida, apresentam que a família justifica a negativa do consentimento, visto sua crença religiosa não ir ao encontro com ato da doação, o qual é percebido como um pretexto para contestações do profissional que os aborda. Ao usar a religião como justificativa para a não doação, tal situação é percebida como uma forma de diminuir a própria dificuldade em declarar a recusa da doação. O estudo aponta que o modo como acontece a abordagem, quando de forma insistente, a qual busca-se reverter a negativa, é percebida pelos familiares e

gera desconfiança da atitude desses profissionais em relação seu interesse nos órgãos do potencial doador. Ainda, é exposto que, nesse momento, a família vivencia uma tensão, visto a pressão exercida por parte dos profissionais, para que haja o consentimento da doação.

De tal modo, a partir do que os autores apontam, evidencia-se que ao sentir-se pressionada por parte da equipe que faz a abordagem, a família também utiliza meios para fugir de tal situação. Usar a religião seria uma forma de não haver contestações frente à atitude, visto os profissionais estarem preparados, munidos de argumentos para o convencimento.

Percebe-se nos atos de fala em “*não estou aceitando mais não*”; “*estou lutando pelo sim*”; “*correr atrás do sim*” que os participantes do estudo, ao depararem-se com as dificuldades da entrevista com a família, tentam criar uma linguagem para reverter a negativa à doação. No entanto, ao mesmo tempo em que desejam internamente e têm por “certo” respeitar a vontade da família, os mesmos a ultrapassam para obter o sim da família.

Nessa perspectiva, percebe-se que para alguns participantes essa abordagem faz com que vivenciem conflitos éticos, morais e sociais considerando o mundo subjetivo, objetivo e social, mundo da vida. Uma vez que, têm de desempenhar seu papel profissional dentro da CIHDOTT, tendo como objetivo o consentimento familiar e efetividade de uma doação.

2) A construção de atos de fala mencionados por alguns participantes como argumentos para conseguir o sim da família **requer que o profissional estude e busque se aperfeiçoar na entrevista familiar**. Nesse sentido, o mundo social, das normas, atravessa o mundo subjetivo. Por um lado, há um sujeito singular constituído por valores, crenças e pré-conceitos que se identifica e sofre junto da família, talvez por no seu interno também apresentar as mesmas incertezas frente à doação de órgãos. Por outro, há um indivíduo profissional, que interage de forma estratégica, orientando-se em uma norma à qual conduz seu agir comunicativo. Tais aspectos podem ser observados nas falas a seguir.

Então cada família tem um pensamento, né! Cada família tem uma cultura, tu tens que respeitar a cada um. A entrevista nesse contexto eu também tenho como: “tá, mas e você [familiar]? Hoje não tem mais a decisão [dele potencial doador], você [familiar] é contra? Qual é a tua percepção?”, tipo tentaria. Se a pessoa também for contra ainda vou falar da lista de espera, ainda vou falar tipo do perfil das pessoas que estão na lista, vou tentar o

sim. Mas, eu mexo com as gurias que eu assim ó, eu não estou mais aceitando não, eu estou lutando pelo sim. E nas últimas eu só estou ganhando sim, então eu estou ficando boa nisso. ((risos). Então tu tem que lutar pelo sim [...] É. Mas tu não pode desistir. Eles sempre vão te dizer o não primeiro do sim, sempre ((enfaticou)) “Ah, não. Mas, deixa ela descansar, não vou deixar ela sofrer”.. Então tu ganha um sim para vários não em uma única entrevista. Tu ganha um não e depois tu corres atrás do sim. E tu tem que correr atrás do sim, tu não podes desistir. Tu tens que ter argumentos, cada vez mais, e tu estuda mais, te aperfeiçoa mais, ler mais para correr atrás do sim. [E06HCG1]

Claro que no momento da abordagem tu vai tentar reverter essa situação. Tu vais falar em lista de espera, tu vais falar quantos que estão na lista. Que um doador pode... beneficiar mais de 8 pessoas, que... então tu vais te... tentar reverter aquela situação. Aí tu vai perguntar assim ó: “e em vida, nunca te comentou que era doador?” A situação mais difícil é quando tu não consegues, né? Reverter [E02HCG1]

Chego no local combinado (setor em que a enfermeira trabalha) por volta das 17 horas, bato na porta e depois de alguns instantes ela me recebe. Ela sentou-se atrás de sua mesa de trabalho e eu fiquei na sua frente. A entrevistada falava em tom alto e afirmativo, logo iniciar a entrevista com as primeiras perguntas à entrevistada deixa claro que não aceita o não das famílias e percebe isso como algo positivo, que a experiência em entrevistar levou a desenvolver “habilidades” essas habilidades estão relacionadas em não aceitar a negativa da família, pois para ela não tem nenhum motivo que ela enxergue que não consiga reverter o não. Ela menciona que até quando o potencial doador havia falado em vida seu desejo em não doar, ela consegue reverter, mas claro esse é o motivo que mais ela tem dificuldade. Pois mesmo a pessoa falando que o familiar não queria, ela afirma que começa a descobrir como aquela pessoa era, se era boa se fazia coisas boas para os outros, e isso ela usa como uma estratégia para colocar para a família que a pessoa poderia mudar de opinião se fosse levada a refletir sobre isso talvez em outro momento. Associado a isso elas trazem o número da fila de espera e tentam sensibilizar a família com essas coisas. Outro fato que ela menciona é de uma experiência na qual elas tentavam saber informações sobre o paciente em morte encefálica, quando este ainda era vivo, se realizava coisas “boas” como ajudar os outros, fazia caridade, entre outros, mas a familiar falava que não. Que a pessoa não era uma pessoa que gostava de ajudar os outros e nem era boa, então provavelmente não ia querer doar seus órgãos. Então essa foi uma situação que ela menciona ter saído do seu controle no “convencimento”. Para essa enfermeira, o hospital este ano avançou muito no número de doações com muitas positivas e ela associa isso, ao profissional que faz a entrevista, sendo ela e uma colega as que realizaram essas entrevistas que tiveram a positiva. Ela menciona que as outras integrantes do grupo vão até certo ponto, mas não insistem pelo sim da família. Para ela essa não é uma boa entrevistadora, pois ela acredita que tenha que vencer a família pelo cansaço, ser insistente. Dentro dessa perspectiva ela me conta de uma entrevista que durou 3 horas e que ela não aguentava mais, mas que já tinha ficado horas ali e não sairia com o não da família, então quando elas finalmente conseguiram o sim da família houve um problema nos exames e não foi possível a doação. Isso foi muito frustrante para ela, pois o trabalho que ela passou para conseguir o sim foi perdido por um exame. Dessa forma, eu enquanto pesquisadora percebo uma divisão entre a equipe das enfermeiras, entre aquelas que querem o sim a todo custo, e as que acreditam nas crenças da família, na qual seu papel não é convencer mas sim informar e esclarecer sobre as constantes da doação e se a família entender e ter a vontade voluntária de realizar a doação isso ocorrerá naturalmente. Outro ponto que reflito nessas enfermeiras que querem o sim

a todo custo, é se esse agir se dá pela causa da importância das doações e pessoas que aguardam por um órgão ouse esses discursos de poder são realizados em prol de sua própria atuação profissional, para uma reafirmação só ser profissional competente de seus afazeres e assistência em que realiza. NA.condução.entrevistafamiliar.18abril18

Estudos de Almeida *et al.* (2012) e Leite, Maranhão e Farias (2017) com profissionais de uma central de transplantes, revelaram que os mesmos se preparavam periodicamente por meio de capacitações, em demandas técnicas relacionadas à abordagem familiar, porém a qualificação para as questões emocionais seguem sendo motivo de preocupação entre os profissionais.

De acordo com o exposto, Santos *et al.* (2012) identificaram em seu estudo que, para os profissionais, a educação do entrevistador para a realização da entrevista, é um dos fatores determinantes para o sucesso da mesma. Nesse sentido, apontaram que o conhecimento teórico, técnico se sobressai ao emocional, tendo repercussões negativas quanto a percepção da família.

De tal modo, percebe-se que a educação do profissional para entrevista familiar está associada ao desenvolvimento de habilidades que levarão esse profissional ao consentimento da família. Evidencia-se assim, um interesse em reverter o número de pessoas que aguardam na fila de espera no país, no entanto, capacitam as equipes em prol do uso de estratégias para reverter a negativa à doação.

3) Outra forma de abordagem que se refere ao agir estratégico frente à abordagem à família está no **modo como os participantes do estudo se apresentam e expõem seu trabalho e a opção à doação de órgãos**. Ao iniciar a entrevista alguns profissionais não expõem à família que fazem parte de uma comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos, a qual tem por objetivo promover a doação. Para eles, essa é uma maneira mais “leve” de interagir com a família, visto essa poder interpretar tal contato como unicamente ao interesse nos órgãos.

Outro aspecto constatado refere-se ao fato de alguns participantes usarem em seus atos de fala a expressão “oportunidade de doar”. Tal linguagem é percebida por eles, como oportuna para tal situação, visto considerarem que estão concedendo à família fazer algo justo e honrado pelo que se escolheria fazer uma pessoa que prega o bem ao próximo. De maneira oposta, a expressão “pedir os órgãos” é constatada como algo inadequado, em virtude do termo poder ser repercutido para a

família como um interesse incisivo dos profissionais aos órgãos.

[..] Daí quando tu conversa, fala assim que a gente não diz, “ah, é da doação”, a gente não fala, “ah, é da CIHDOTT, uma equipe de doação”. Só fala que a gente é da equipe do hospital e que a gente tem a oportunidade de oferecer para eles doarem os órgãos do familiar, né! Porque assim, é muito pesado. Tu imagina, na hora que o familiar perdeu, né! Aquele ente querido, se tu chegar e pedir os órgãos. Ta ali começando a sofrer porque acabou de receber a notícia e tu chegar..mas eles.. gostam, porque a gente chega se oferecendo para ajudar. [E01HCG1]

Eu no primeiro momento eu não digo assim ó, que eu sou enfermeira da doação de órgãos, para não chegar aquele impacto. Tá!? Então nós somos enfermeiras aqui do hospital. Jamais pede. Porque... a oportunidade, porque, “eu vim aqui te pedir”, eu acredito assim parece uma forma muito... agressiva, o jeito de falar. [E02HCG1]

Por que como eu digo, não vai abordar chegando e pedindo, né? “Ah, a gente gostaria... gostariam de doar?” e tudo. Então a gente oferece a oportunidade da pessoa, né! Salvar outras vidas, né! [E03HCG1].

Sanner (2007), apontou em seu estudo que, parte dos profissionais acreditou que ao ofertar a doação de órgãos, está prestando-se um serviço à sociedade, dessa forma, para eles essa tarefa não é percebida como um pedido ou uma aclamação ao consentimento da família, mas sim, sendo oferecida uma oportunidade de dar vida a outra pessoa.

Nessa perspectiva, o estudo ainda expõe que alguns profissionais mencionaram sentirem-se desonestos realizando seu papel profissional versus os cuidados na manutenção do potencial doador. É evidenciado que a morte encefálica ainda provoca incertezas sobre a veracidade enquanto diagnóstico, o que pode ser observado quando realizam a assistência, e de encontro ao abordar a família percebem-se como “caçadores de órgãos”. Em contraponto, o estudo aponta que, outra parte dos profissionais acreditaram que ao ofertar a doação de órgãos, está prestando-se um serviço à sociedade, dessa forma, para eles essa tarefa não é percebida como um pedido ou uma aclamação ao consentimento da família, mas sim, sendo oferecida uma oportunidade de dar vida a outra pessoa (SANNER, 2007).

Em alguns relatos foram identificadas contradições nas expressões proferidas pelos participantes do estudo. Ao utilizarem o termo “oportunidade de doar”, não é este o sentido que passa frente à forma como interação, utilizando-se de estratégias frente à abordagem a família. Diante disto, parece haver um modo de

agir disfarçado, ou seja, uma ação com intuito estratégico, em que se utilizam e modificam o sentido das palavras, mas com a mesma intenção. Ainda se observa uma ação estratégica mais intensa quando se utilizam de elementos persuasivos responsabilizando a família ao poder de impedir que outras pessoas passem pelo mesmo dilema. Desta forma, a família passa ser submetida a uma culpabilização frente uma decisão contrária a doação de órgãos.

Não sei na verdade se essa é a palavra, mas é que como às vezes pelas pessoas nos verem e já: "já vem a fulana querendo pedir órgãos". Eu não vou chegar para ninguém: "Tu queres doar os órgãos do teu familiar? Eu vim pedir os teus órgãos, teu familiar". Acho meio pesado, na verdade elas dão uma oportunidade da família ter a escolha de doar ou não. [...] Eu por exemplo, quando faço a entrevista eu sempre converso com a família e digo que tem dois lados agora, né! Que um deles é o fato de ajudar outras pessoas. Que ele pode ser um doador de órgãos, né!.. Que pode evitar que outras famílias passem pelo mesmo sofrimento. Mas sempre deixando claro que é uma decisão que só vai acontecer se eles quiserem. Que eles têm o direito de dizer sim ou não. [E04HCG1]

Às vezes as pessoas não dizem o porquê, sabe? "A gente não quer". E o que é que a gente trabalha? Não é com a insistência, não é com a minha insistência de tipo assim, "ah, mas já pensou?". Claro, a gente tenta [convencer] ver a conversa que existem muitas pessoas que precisam, que hoje eles têm a oportunidade de doar, mas amanhã depois podem precisar, né! A gente tenta alguns argumentos dentro de uma conversa, mas nunca a obrigação [E08HCG1]

A gente tenta proporcionar que eles consigam enxergar da mesma maneira que a gente enxerga, que lá tem um paciente. E muita das vezes a gente recebe um não, e a gente tem que respeitar esse lado da família, né? Porque é a vontade, a gente jamais vai ficar, né, pedindo, exigindo. Não é esse o propósito. O propósito é ele enxergar que lá tem uma pessoa que eles vão oferecer... na verdade não sou eu, na verdade, são eles que estão dando essa oportunidade de outra pessoa continuar vivendo, outra pessoa sair de uma fila de espera, de prolongar a sua vida, né? Assim, na verdade, a oportunidade que essas pessoas recebem são deles, né? Então eu também não fico insistindo em questão disso, né? Então eu só mostro os passos que poderiam ajudar outras pessoas, né? Mas deixo dentro da maneira que a família enxergue de uma maneira que eles poderiam colaborar mais. [E10HCG1]

[..] "ah, mas vai ficar lá e os bichos vão comer". E antes, no início, eu dizia, "mas por que eles não vão doar? A gente tenta puxar isso assim ó, até a gente aprende nos cursos que só não é... só não puxamos de novo o não, porque quando eu vim para cá eles disseram, "não é não", "tá, né? Não é não". Mas mesmo ficando, tá, eu fico à vontade de perguntar. E hoje a gente aprende que se caso, "ah, é não", "mas por quê?", "ah, porque..", se ele falar, "por que não", não tem o que fazer. [E01HBG1]

[...] tu tem aquela entrevista assim de resgate, sabe!? A gente pergunta se a pessoa quer... a família diz não, aí a gente pergunta, "vocês querem pensar? vocês querem conversar?", a gente se retira, né. Alguma coisa assim. E tem algumas famílias que não é não, e... aí tu vê que tu passa à incomodar assim, sabe?. Que até a tua presença incomoda, né! ... A gente

não ultrapassa muito esse limite assim. [...] Eu respeito, né! E já troco de assunto, já, sabe. Eu respeito, porque eu não gosto que as pessoas me pressionem... porque assim ó, "eu não quero". Eu não gosto que as pessoas fiquem insistindo comigo, né? [E02HDG1]

Ainda é, hã... tolerar, entender, tentar entender e tentar aceitar o não. ((silêncio)) Ainda acho que essa ainda é a minha maior dificuldade pessoal. Embora, é... eu me... me polície muito nesse contexto, porque as pessoas têm direito a dizer não, assim como as pessoas têm direito a diz sim. Mas às vezes... e agora me veio em mente uma situação bem pontual assim. O paciente transplantando, renal, que entrou em morte encefálica por um acidente, aqui conosco. Paciente que recebeu um rim, transplantado, que saiu da hemodiálise, que saiu... a família negou. Alegando que... alegação da família e não veio nenhuma crítica em relação a isso, que é... eles não tinham nada que ver com os outros, porque o problema deles já estava resolvido. Escutar isso... assim, me deu uma vontade de pular no pescoço daquelas pessoas e... "pô, eles receberam um... um rim e... por motivos deles acabaram não... não autorizando a... a doação". Paciente jovem. Então a minha maior dificuldade, a minha pessoal, ainda é em aceitar o não. Embora eu... eu internamente trabalho muito isso, porque as pessoas têm o direito a dizer não. E às vezes o não pode ser porque eu não quero. [E03HBG1].

Lima *et al.* (2009) em um estudo realizado com enfermeiros evidenciaram que a entrevista familiar é a etapa mais difícil de todo o processo de doação de órgãos. Visto ser uma circunstância delicada e estressante, de dúvidas e angústias em que necessitam ofertar a oportunidade da doação em um momento carregado de dor para os familiares. Deste modo, o profissional confronta-se com a emoção e negação de seus sentimentos, distanciando-se da família, a fim de proteger-se emocionalmente da situação vivenciada.

Estudo semelhante realizado na Suécia demonstra que parte dos profissionais de saúde entrevistados identificam ser extremamente estressante o contato com a família, bem como a solicitação para a doação de órgãos. Para muitos, o desconforto advém da ansiedade sobre a reação da mesma diante da abordagem o que revelam comprometer a relação estabelecida com a família (SANNER, 2007).

A partir do exposto, identificou-se que uma contradição nos atos de fala dos profissionais, ao mesmo tempo que expõe a doação de órgãos como uma "oportunidade" em fazer o bem ao próximo, uma possibilidade de vida, alguns participantes expressaram sentimentos de ansiedade, tristeza quanto à doação. Desse modo, observa-se ainda que "pedir" algo a outra pessoa, sendo que não se dará nada em troca, apresenta um aspecto de vergonha para esses profissionais, o que encontram na palavra oportunidade uma proteção ao exporem a família.

7.2 Dificuldades no agir diante da abordagem a família para doação

As dificuldades encontradas nos modos de agir, comunicativo e estratégico, dos participantes do estudo utilizados na abordagem da família para a entrevista no decorrer do processo de doação foram: 1) Interação com a família após a comunicação do diagnóstico da morte; 2) Esclarecer a família o diagnóstico de morte encefálica; 3) Manter o controle emocional durante a entrevista e 4) Posicionamento contrário à doação. Tais dificuldades são descritas a seguir, possibilitando uma melhor compreensão sobre de que forma estão presentes nas experiências dos participantes do estudo.

1) **A interação com a família após a comunicação da morte apresentou-se como uma dificuldade vivenciada por alguns participantes.** Depois de constatada a morte encefálica, mediante exames clínicos e de imagem. É o momento em que a família recebe a notícia pelo profissional de saúde designado para esta função, a qual comumente é atribuída ao médico da unidade de terapia intensiva.

Posteriormente ao momento em que o profissional médico fornece as informações e os esclarecimentos frente às causas da morte, as famílias são conduzidas para a CIHDOTT para a entrevista à doação de órgãos. Este é o primeiro contato com os profissionais desta comissão que, apesar de suceder a má notícia, ambas acontecem de forma quase simultânea. Contudo, antes de exporem o propósito da entrevista, os profissionais vivenciaram dificuldades em estabelecer esta interação, visto as reações de sofrimento da perda expressadas pela família enlutada.

Para estes profissionais estar com a família é algo que os desafia, lidar com a imprevisibilidade das reações em decorrência do sofrimento, o choro, a tristeza, a raiva dos familiares, traz insegurança frente à falta de controle de si e dos próprios familiares. De tal forma, estar em contato com a família é confrontar-se internamente com seus próprios sentimentos, é desvendar as fragilidades que os afetam e os paralisam frente às formas de agir com a família frente à morte do familiar.

Ainda, foi constatado que quando a morte se referia a um paciente jovem ou criança, a qual sua injúria deu-se de forma trágica e abrupta, a sensação de

impotência do profissional diante da família foi ainda maior. Tais constatações são identificadas nos seguintes relatos:

Eu acho que antes a dificuldade era insegurança assim, mais de “o que é que eu vou falar?”, “se eu vou ser... objetiva, vou me arredar, não posso...”, “ah, não pode ficar gaguejando...”. Porque tem que ter certeza daquilo, então eu acho que a maior dificuldade antes, sempre tem dificuldades, a gente tem medo, pode ser uma dificuldade de como vai reagir ou o que é que a gente vai falar. [E01HBG1]

[...] bastante dificuldade, principalmente nessa abordagem... na chegada assim. Que é um momento muito triste, muito sofrimento para as pessoas, né! De chegar e... o primeiro contato assim, para mim é a parte mais difícil assim, porque não tem o que vá dizer, que vai consolar, né!? Não existe, nessa hora, nesse momento, né? O que vá consolar a pessoa. [E03HCG1]

Primeiro a dificuldade maior eu acho que eu compreendo ainda a pouco continua acontecendo assim ó, é como eu vou dizer assim ó? É... eu acho que é o contato com família, eu acho que para mim ainda é o mais difícil ainda. Eu digo contato com a família no que tange à maneira que se trata as pessoas. [E05HBG1]

Ao passar do plantão chega o horário da visita, por volta das 20h30min da noite, no entanto esse dia a visita abriu as 21h00min devido estarem em procedimento em um paciente, sendo os familiares avisados do atraso. No momento da visita todos os técnicos e a enfermeira permanecem na unidade. No entanto, o momento da visita os médicos vão para seus quartos e retornam após o final, pois a família solicita informações a respeito dos pacientes, e para alguns, essas notícias são dadas no final do plantão da tarde estando os familiares assim já informados sobre as condições clínicas dos pacientes. Dessa forma, não encontrando o médico, os familiares solicitam aos técnicos que estão responsáveis pelo leito por informações, e os técnicos solicitam a enfermeira para que vá até a família tirar as dúvidas dos familiares. Algum tempo atrás os técnicos falavam como estava o paciente, mas como isso gerou conflitos com as informações que os médicos passavam, a equipe de enfermagem não está autorizada a fornecer informações clínicas do paciente. No entanto observa-se que se o médico não está presente no momento da visita e a enfermagem não está autorizada a fornecer nenhuma informação, a família fica desassistida e ansiosa. Desse modo, quando vou de encontro com os familiares, pergunto a eles “o que gostariam de falar comigo?”. Na maioria das vezes os familiares queriam saber coisas “simples” se fez febre, se está sedado, se parou de sangrar, se a pele esta hidratada, pois à tarde viram que estava ressecada, se a pressão melhorou, se conseguiu comer, entre outros Neste dia 14/05/18, no momento da visita percebo que um familiar se aproximava do leito x, era um rapaz de aparentemente 30 anos, vestia um casaco e calça jeans, e caminhava devagar até o leito, quando chegou perto, parou, não tocou na cama, e nem no paciente que era seu pai. Observou-o por alguns minutos e foi embora.

ND.identificação.potencial doador.UTI.14maio18

A morte é um acontecimento que, tanto para família quanto para os profissionais de saúde, deve ocorrer no final da vida, momento este pelo qual o indivíduo já tenha vivenciado as fases de desenvolvimento humano. Diante dos relatos apresentados, pode-se evidenciar que em um ato de fala, o profissional de

saúde pode incorporar os três mundos da vida de Habermas, o objetivo, ou seja, o fato, a necessidade de comunicar-se, de informar a família e de coordenar suas ações e reações frente ao sucesso ou insucesso delas, diante da linguagem utilizada.

Estudo de Menezes (2006), apontou que a identificação do profissional com a situação do indivíduo doente ou do familiar pode levar a manifestação de sentimentos e influenciar em suas decisões, atitudes e condutas. Ainda identificou que a sensibilização do profissional diante da situação dos pacientes geralmente não é bem vista pelos demais integrantes da equipe. O envolvimento é percebido como uma dissolução dos limites necessários à atitude profissional esperada e ideal. Nesse sentido, frente à abordagem da família e a entrevista o controle das emoções é crucial para garantir a eficiência do trabalho.

O subjetivo às experiências, intenções, dificuldades e necessidades às quais o mundo da vida apresenta, dando visibilidade à interioridade do indivíduo e à sua personalidade. E o mundo social das normas, aquele em que o profissional orienta e reproduz seu agir a partir de um regimento, comportamentos pré-determinados em uma sociedade.

Em um ato de fala, os participantes aludiram ao mundo objetivo, social e subjetivo, sendo que cada um destes mundos representava um fragmento do seu mundo da vida. Esses mundos correspondem aos componentes estruturais que Habermas (2012a) aponta como sociedade, pessoa e cultura. Neste aspecto, observou-se que os profissionais ao proferirem atos de fala e não agirem de tal forma, o consenso entre locutor e ouvinte não se estabelece levando ao fracasso da ação comunicativa. A partir do exposto, evidencia-se que em um primeiro momento de interação com a família surgem problemas nos atos de fala desses profissionais, os quais se referem à insegurança e medo frente ao que e como falar, diante da família.

A construção da comunicação a partir da interação linguística entre os indivíduos está orientada conforme o mundo da vida os quais estão inseridos. Para Habermas (2012a) o mundo da vida complementa a ação comunicativa e assim vice e versa, os sujeitos buscam se entender e orientar suas ações a partir da integração de três mundos: o mundo objetivo das coisas e fatos, o mundo subjetivo das experiências e sentimentos e o mundo social das normas e instituições.

A morte é constante na unidade de tratamento intensivo o que a leva a ser considerada um lugar aterrorizante porque tem o estigma da morte. Segundo Menezes (2006, p.84) “a equipe responde de forma particular às tensões e conflitos originários do contato com a morte e seu estigma, construindo coletivamente defesas para mascará-los”.

Estudo de Gomes *et al.* (2014), identificaram que apesar dos profissionais de saúde vivenciarem a morte no seu cotidiano, a tarefa de assistir a família após uma má notícia, apresentou-se como uma dificuldade pessoal e profissional. Ao vivenciarem sensações de impotência e insegurança, ao invés de agirem ao encontro da família, informando-a e fornecendo apoio, evidenciou-se uma retração dos profissionais, seguida do distanciamento e silêncio frente à situação. Dessa forma, observa-se que quando os profissionais se ocultam desta interação, há uma negação dos mesmos em não conseguir, poder ou querer integrar-se a essa realidade.

Em estudo semelhante Santos *et al.* (2012) constataram que quando os profissionais entram em contato com o sofrimento da família, os mesmos revelam as suas fragilidades internas diante de experiências relacionadas a finitude. Desse modo, é observado que essas dificuldades influenciam negativamente na forma como família percebe e age frente a tomada de decisão para a doação de órgãos.

A partir do exposto, as interações dão-se por meio dos atos de fala, ou seja, mediante a linguagem busca-se o entendimento, consenso comum entre os indivíduos, a fim de atingir o todo, a ação, a realização de algo em comum. De tal forma, as habilidades referentes à comunicação são inerentes aos profissionais de saúde, visto o desenvolvimento de o seu trabalho partir do sustento da fala e agir frente aos demais membros da equipe, família, instituição e sociedade.

2) Outra dificuldade apontada pelos participantes do estudo diz respeito a **esclarecer o diagnóstico de morte encefálica à família com vistas a promover o entendimento desta**. Constata-se que conflitos e contradições se fazem presentes no que dizem e fazem os profissionais quanto à morte *versus* o que a família observa quando faz a visita na unidade de tratamento intensivo.

Para os participantes do estudo, a forma como cada profissional aborda a notícia da morte encefálica no contexto da UTI é percebida de acordo com a ação e reação da família no momento em que esta é abordada para a entrevista familiar

para a doação de órgãos. O diagnóstico de morte encefálica que determina a morte ainda com o coração batendo e com o “corpo quente”, sem características clássicas da morte, como “corpo frio, pálido e sem pulsação”, remete as incertezas e desconfiança principalmente para a família, mas também para alguns profissionais conforme evidenciado nos relatos.

Ah, isso é para mim... no início era muito difícil assim entender o que era a morte encefálica. Porque é... o que eu vejo assim... quando é coração parado a gente vê que o paciente está morto, é porque é a experiência que a gente vê muitas vezes. As pessoas muitas vezes nos pedem para ter esse último contato e depois quando eles saem, muitas vezes, “ah, mas ele está quentinho, a gente vê que ele está respirando”, e aí a gente tem que explicar para eles. É uma situação muito difícil, assim. Será que [está morto]... Claro, a gente sabe que biologicamente o paciente ele foi a óbito, mas será que ele voltaria? Será que ele não voltaria se ele permanecesse mais dois dias? Voltaria? Ou se ele iria a óbito e a gente perderia, de repente, para poder ajudar outras pessoas? Isso é uma situação que ainda eu acho complicada assim. Para mim ainda... ainda é um pouco difícil assim. [E01HDG1]

E a gente tem todos esses fatores, principalmente a parte do coração é muito difícil, para todo mundo, né! O coração ali, né! Só quando o coração para que a pessoa, eles não têm esse entendimento. Então é uma conversa delicada que demanda tempo, paciência, né!? Tu tens que entender que a pessoa não está nas suas pelas condições ali, né? Está em um momento difícil, de muita dor, de muito sofrimento, né!? Então a grande maioria dos familiares às vezes não entende. O questionamento maior sempre vai ser esse, “mas como se o coração tá batendo? Não pode, morto não tem coração batendo, né? Na maioria das vezes é quando é paciente jovem assim e é por uma tragédia ou um acidente né? Ah, é bem complicado. [E09HCG3]

Eu difícil eu acho, principalmente para a família, né!? Quando entra e vê: “ah, mas está respirando, está quentinho”, eles dizem, né!? Ele... deve ser muito difícil, né? Eu já percebo também que tem muito médico que quando dá a notícia não explica né!? E aí quando tu vais fazer a abordagem, aí eles questionam: “não, mas ele está quentinho, ele está... mas está respirando”, né!? [E03HCG1]

Eu acredito que sim [que morte encefálica é o ponto final da vida]. Porque senão eu não ia conseguir trabalhar com isso, né? Porque a gente vê que tem profissionais que ainda tem dúvida a respeito disso [da morte encefálica]. [E04HCG1]

[..] se tu falar morte encefálica eles vão dizer, “não, está morto o cérebro e o corpo está quentinho, o coração está batendo, está fazendo xixi”. Quando não fala morte encefálica, fala que está morto, é morto. Morto todo. [E07HCG1]

Evidenciou-se nos depoimentos, que quando a notícia da morte não foi transmitida de forma suficiente e clara para promover o entendimento da família, esta apresenta uma necessidade de reafirmação dos acontecimentos. Entretanto,

para os profissionais, isso, em alguns momentos, foi percebido como um incômodo ou confronto, até mesmo os colocando em dúvida quanto o diagnóstico, levando-os a confirmar constantemente para si mesmo assim como atendendo aos questionamentos da família.

Nesse aspecto, os elementos do mundo da vida atravessam os atos de fala dos profissionais de saúde, quando seu mundo subjetivo se torna visível e, quando os mesmos apresentam contradições e conflitos quando necessitam reexplicar à família a morte. De tal modo, tais reações divergentes podem fortalecer a permanência da dúvida, o que poderá resultar em um aumento da angústia e sofrimento diante do consentimento para a doação de órgãos.

Resultados semelhantes foram identificados em estudo desenvolvido por Gomes *et al.* (2014), o qual apontou que quando os profissionais vivenciam conflitos internos, essa situação é captada e interpretada pela família de forma negativa, a qual passa a designar significados, o que poderá estar relacionado com a dificuldade em entender determinada informação.

Araújo e Massarollo (2014), identificaram que a morte encefálica ainda provoca incertezas não só para a família, mas também para os profissionais de saúde, quando realizam o cuidado do potencial doador. Tal estudo apontou que os profissionais reconhecem que o paciente está morto, no entanto apresentam reações ambíguas frente o desligamento dos aparelhos, quando fechado protocolo. Nesse contexto, esta ambiguidade de sentidos manifesta-se quando os profissionais sentem-se desconfortáveis para explicar tal situação aos familiares.

Diante disso, a falta de esclarecimentos e informações no decorrer do processo de internação, sobre o estado de saúde do familiar dificultou o entendimento da família e aceitação do diagnóstico de morte, exigindo que o profissional desenvolva estratégias para promover uma linguagem de entendimento dos familiares. De tal forma, esclarecer a família e fazer com que a mesma entenda o diagnóstico frente à sua insegurança é exposto como algo que dificulta o consentimento para doação.

Nesse contexto, observa-se que falar sobre morte encefálica apesar de se ter conhecimento sobre suas características e critérios, muitos profissionais vivenciaram uma “batalha” entre as definições e conceitos *versus* suas crenças culturais existentes frente à morte, assim como as crenças das famílias. Ainda, evidenciou-se

que a comunicação dos profissionais perante a família está relacionada com sua concepção de mundo, de um indivíduo singular, instruído por valores, crenças e experiências que podem ser responsáveis pelos diferentes modos de agir. Tais evidências são identificadas nos seguintes relatos:

Mas na entrevista, só da morte encefálica que eu acho que é o mais difícil até para nós que estamos aqui, que estamos vendo a pessoa que está... está funcionando tudo, como eles dizem, está tudo ali, mas como é que está morto? Então eu acho que é o mais complicado de eles entenderem isso, assimilar que a pessoa está morta, porque está tudo ali no papel e o familiar está lá. Então eu acho que só por isso é mais difícil. [E01HBG1]

O médico ele explica para a família naquele primeiro momento ali [de morte], ele explica para a família. Há... Aí vai depender muito do médico. Tem médico que vai chegar, ele vai conversar, ele vai explicar, vai sentar com a família e vai explicar. Tem outros que vão dar uma explicação mais sucinta, com termos técnicos e que a família não vai entender. Muitas vezes ele chega lá e aí muitas [famílias] parece que eles não sabem o que está acontecendo. Isso vai depender muito da abordagem do médico da UTI, de como ele vai passar isso para a família, tá!? Isso vai depender muito do profissional que vai dar a notícia para a família. [E01HDG1]

É quando o médico não esclarece bem. No momento que o médico deixou alguma falta lá na comunicação, vai refletir em nós. Agora eu tento escutar, não que eu participe da má notícia, mas eu tento escutar o que o médico vai falar. E tento ver se aquele familiar entendeu. Aí algumas vezes ele não entendeu, eu peço para o médico retornar lá. Há... Tem pessoas que eu acho que a cultura influencia muito também né!? Na negativa ou a positiva. [E07HCG1]

Evidencia-se que o entendimento recíproco entre os indivíduos é uma condição necessária para a ação comunicativa. No entanto, quando o profissional de saúde se expressa, ou seja, pronuncia o óbito sem esclarecê-lo, o interlocutor ou família não conseguirá entender a realidade vivenciada, conseqüentemente negando a morte e o consentimento para doação de órgãos.

Constata-se que o distanciamento do profissional em esclarecer a morte encefálica para a família, tem relação com a relutância dos mesmos em deixar transparecer o seu mundo subjetivo, suas crenças frente ao término da vida do outro, uma vez que, pode remeter a sua própria finitude.

A complexidade vivenciada pelos profissionais quanto à morte encefálica intensifica-se quando a injúria ocorre de forma inesperada, em pessoas jovens, por causas traumáticas e súbitas, em que a família muitas vezes não consegue entender o que aconteceu. Tais acontecimentos, quando ocorrem, dificultam ainda mais a tomada de decisão para a doação de órgãos. Entretanto, se há confiança na equipe

que realizou a assistência ao potencial doador, a família poderá consentir para a doação de órgãos (SANTOS; MASSAROLLO, 2005).

O diagnóstico de morte encefálica é geralmente exposto à família de forma repentina, sem um contato ou comunicação prévia. No entanto, comunicar e compartilhar das etapas anteriores que levaram a confirmação da morte, assim como estar próximo da família neste momento, oportuna a diminuição das incertezas e um maior entendimento da morte (DELL AGNOLLO, 2009).

Dessa forma, percebe-se ser necessário que as informações referentes à morte encefálica sejam realizadas pelos mesmos profissionais que acompanharam e estiveram próximos a família ao longo do processo. Tal aspecto mostra-se importante, visto haver uma continuidade da assistência prestada, assim como o vínculo e confiança estabelecidos entre esses profissionais e família. Ainda, é necessário que o profissional atente para a maneira como tem informado a família e a forma como essa mensagem tem sido concebida (MORITZ, 2007).

Considerando que o homem/indivíduo não reage simplesmente aos estímulos que surgem no meio em que vive, porém atribui um sentido às suas ações, a linguagem torna-se um elemento essencial para que ele seja capaz de comunicar suas percepções, desejos, intenções, expectativas e pensamentos (MACHADO; HOLANDA; LEITÃO, 2005). A partir dessa concepção, Habermas (1987) defende a possibilidade de que, por meio do diálogo, o homem possa retomar o seu papel de sujeito.

O próprio Habermas (1987), descreve que a resolução dos conflitos, necessita ser estabelecida por meio do agir comunicativo, em que os indivíduos interagem por meio da comunicação, levantando pretensões de validade em suas proposições, que são passíveis de concordância ou questionamentos, com o objetivo de alcançar o entendimento e um acordo.

A dificuldade do profissional de saúde em falar sobre morte com a família é descrita pelos participantes como resultante das suas experiências oriundas do mundo subjetivo, objetivo e social. Assim, nos relatos constatou-se que para eles a dificuldade em falar sobre morte está relacionada com concepções singulares do indivíduo, valores, crenças, educação, vida social, entre outros.

Identificou-se que além dos aspectos singulares, as dificuldades relacionam-se também ao coletivo, sobre a forma como o tema é compreendido, dialogado e

aceito pela família e sociedade. Associado a isso, tem-se a própria cultura da morte, transformada em tabu, ao longo de sua construção histórica e social, a qual as discussões passam a ser negadas e rejeitadas, refletindo, assim, na forma como os sujeitos lidam e reagem diante desse processo.

É, essa por enquanto, né [a família decide se vai doar ou não]! Ainda a lei é essa. E a gente percebe que as famílias não conversam sobre isso em casa. Né? Então, é difícil numa roda de família, num almoço de domingo tu pensar: “ah, se acontecer alguma coisa eu sou doador”. A gente nunca fala de morte, a gente não... talvez não aprendeu a falar sobre isso, a gente evita o máximo que pode. Né? Então, para chegar nesse momento tão decisivo para uma família que nunca tocou no assunto provavelmente vai ser uma conversa difícil que talvez não seja com uma doação efetivada. Pela falta de conversa em casa mesmo. [E04HCG1]

A gente não está preparada para falar da morte, embora que eu também eu lido com a morte todos os dias, mas com certeza se for um familiar meu eu não sei se eu vou estar preparada para falar da morte também. Então eu acho que eles também eles... eles não estão preparados ali para receber aquela notícia. [E10HCG1]

Nesse sentido, observa-se que as formas de agir desses profissionais frente à comunicação da morte basearam-se a partir da sua cultura, assim como nas habilidades desenvolvidas ao longo da prática profissional frente às situações no cotidiano de trabalho e de vida social. De tal modo, percebe-se que o mundo subjetivo dos profissionais atravessa o mundo objetivo e social quando os mesmos agem protelando/adiando situações que necessitam falar sobre morte. Apesar dos profissionais presenciarem-na diariamente, há instituída a negação da mesma, acarretando numa barreira na comunicação, que ao tentar dialogar com a família, está passa a não entender.

A utilização de determinadas expressões nos atos da fala pelos participantes, como “*tem que usar que está morto*”, parece ser uma necessidade de reafirmação do diagnóstico para si e para os outros, neste caso aos familiares, conforme se evidencia no relato de [E02HCG1].

A abordagem de morte encefálica é a mais difícil que tem. Na maioria das vezes são pessoas jovens, pessoas que vieram um acidente por arma de fogo, um trauma, um acidente... e aí tu tens que chegar para aquela família que está dolorida, com uma dor daquela perda. E é chegar e dizer: “olha, está morto, né!” Porque tu tens que usar que está morto, né! Hoje, morte, ele morreu, está morto. Né!? Então é para mim é mais difícil [E02HCG1]

A partir do exposto, evidenciou-se que ao apresentarem dificuldades de falar sobre a morte e agir sob ela, os participantes do estudo direcionaram-se de forma como se esta, também seja uma dificuldade vivenciada pela família. No entanto, tal concepção pode não ser considerada um dilema coletivo do outro, ou seja, da família. Desse modo, observa-se que a cada abordagem os participantes direcionaram-se para a família dessa forma, o que pode afetar o agir do mesmo frente ao agir da família.

Nesse sentido, constata-se que ao abordar a família faz-se necessário uma desconstrução desses sujeitos, de forma que estejam abertos, sem concepções e pré-conceitos formados a este momento, a fim de que se suceda a interação e comunicação com a família.

A comunicação é permeada por três etapas, a ação, interação e reação, as quais são geradoras de um produto final. Assim sendo, quando o profissional produz um ato de fala, mas sem a ocorrência da interação, esse profissional não conseguiu estabelecer a ação comunicativa (KOVÁCS, 2010; ZEM, CARDOSO, MONTEZELI, 2013). De acordo com o exposto, Habermas (2012a), apresenta que a ação comunicativa pode ser motivada por diversos elementos que compõe as estruturas do mundo da vida: cultura, sociedade e pessoa. De tal modo, circundam o ser profissional: personalidade, formação, experiências, crenças, que podem modificar a forma de transmissão de determinada notícia ou fala.

3) Outro aspecto exposto pelos participantes do estudo que representa uma dificuldade vivenciada na abordagem à família e considerado por eles como complexo e que influencia na decisão de doar, refere-se ao fato de **alguns profissionais de saúde, colegas de trabalho na unidade de tratamento intensivo, não serem favoráveis à doação.**

Constatou-se em alguns depoimentos que há profissionais de saúde que não são favoráveis a doação, sendo estes descritos pelos participantes como profissionais com maior tempo de formação e que influenciam negativamente no processo, seja não abrindo o protocolo, seja fechando o protocolo, ou adiando os exames necessários para o diagnóstico de morte encefálica. Tal posicionamento remeteu tanto a questões operacionais, de validade dos transplantes e legalidade do processo, assim como por crenças culturais.

doaria”, ou “eu não deixaria um familiar meu doar”. [E03HCG1]

Também. Aham. Aí por outro lado isso eu acredito... eu vejo... percebi profissionais com mais tempo de formação assim.. Então a gente já sabe que tem alguns médicos que não adianta, que a gente vai chegar para conversar e com eles não vai ter diálogo, eles não vão porque eles não acreditam na morte encefálica e no processo todo. [E04HCG1]

O mundo da vida sofre e vivencia constantemente contradições entre o mundo subjetivo, um ser humano composto por culturas e crenças, *versus* um ser social ou sociedade, o qual está condicionado a normas, rotinas e atribuições do mundo profissional. Tais aspectos foram observados também nos relatos do participante [E06HCG1] e [E08HCG1] os quais apontaram que, ao ser profissional de saúde, este teria por dever ser favorável à doação, pelo papel que exerce e representa para a sociedade, sendo um formador de opinião e influenciando positivamente na doação. Indivíduo este, constituído de uma formação, com conhecimento, habilidades e competências, o qual é considerado uma referência na saúde, não teria alternativa, senão promover a cultura da doação.

Mas, com o tempo eu acho que a gente tem cada vez trabalhar mais cada profissional, porque eu acredito assim ó, se o profissional da saúde é contra, tu imagina o indivíduo aí da rua, uma pessoa que não tenha conhecimento. O que é que a gente vai esperar dessas pessoas, se o profissional da saúde que entende todo o processo está sendo contra. [E06HCG1]

[...] A não abrir o protocolo porque eu sou contra. Tudo bem, tu pode ser contra, mas profissionalmente, acho que é uma coisa profissional. Tipo assim ó... que é aquela coisa, claro, eu trabalho eu sou totalmente a favor. Acho que quem não é a favor, não tem... como é que tu tens... tá, não vou usar a palavra convencimento, mas como é que tu vai conversar com uma pessoa de uma coisa que nem tu acredita? Tu vais ter sucesso? Provavelmente não. Não é? Porque tu não acreditas naquilo, como é que vai... conversar com alguém a respeito daquilo? Tu vais falar coisas... positivas, tu vais falar coisas boas? Não, se tu não acreditas naquilo. [E08HCG1]

Evidencia-se que pode haver uma influência a partir da percepção e concepção que as pessoas têm sob o corpo frente à atitude de doar ou não. De acordo com Lima, Silva e Pereira (2009) a percepção que cada indivíduo atribui à forma como se relaciona com sua imagem corporal, pode apresentar-se como um facilitador, quando há o desprendimento do mesmo, assim como um entrave ao consentimento para doação, quando o valor atribuído ao corpo não comporte seu desapego.

Nesse sentido, Fonseca *et al.* (2016) evidenciaram que os profissionais de saúde precisam conhecer todas as etapas e acreditar no processo de doação para que haja confiança o suficiente ao abordar a família. A partir do exposto, constatou-se que para os profissionais as percepções acerca da temática doação de órgãos se diferem. Nesse sentido, o sofrimento instala-se quando os mesmos não acreditam no processo, no qual estar com a família passa ser um desafio constante. Dessa forma, questiona-se a atuação desses profissionais diante de tais situações, visto a influência que os mesmos exercem no consentimento da família para a doação.

De acordo com o exposto, Sanner (2007) identificou que quando os profissionais de saúde apresentam atitudes contrárias à doação de seus próprios órgãos, a abordagem para a entrevista familiar modifica-se. Nesse contexto, evidenciou-se que, a maior parte dos profissionais que realizaram a entrevista com a família apresentam uma abordagem neutra à solicitação dos órgãos, no entanto, a neutralidade dos entrevistadores é um aspecto problematizador. Contudo, essas características apresentaram influências negativas no número de doações almejadas, visto os profissionais não se sentiram confortáveis em dialogar sobre as constantes da doação e não se apresentaram favoráveis ao ato.

Evidenciou-se uma dicotomia entre o ser pessoal *versus* o ser profissional, de modo que alguns profissionais necessitam externamente desempenhar um ofício pelo qual internamente não são favoráveis, resultando em conflitos em seus atos de fala e influenciando no seu agir comunicativo e ou estratégico, independente da etapa em que vivencia no processo de doação.

Nessa perspectiva, evidencia-se que ao desempenhar uma atividade, a qual não se é favorável, dificulta a atuação desse profissional, visto este, não dispor de aptidão necessária para tal atribuição. De tal modo, ao oportunizar a doação, o profissional de saúde necessita expressar-se diante da família. Tal encargo, muitas vezes, requer o uso de estratégias em busca do consentimento.

Neste momento é que alguns profissionais vivenciam divergências e contradições nos atos de fala, visto tentarem manter o controle de si mesmos e de suas concepções e em determinados momentos deixarem-nas transparecer para a família. Em vista disso, observa-se que o desafio vai além de dar a oportunidade da doação, mas de encontrar as palavras e pronunciá-las, lidar com o próprio sofrimento diante da situação antagônica.

4) Outra dificuldade mencionada pela maioria dos participantes diz respeito à **necessidade de manter o controle emocional durante a abordagem da família para a entrevista**. Abordar a família em um momento de intenso sofrimento, desperta nos profissionais inúmeras reações oriundas de um sofrimento interno que também é vivenciado por eles.

Nos depoimentos foi identificado que mediante a proximidade com o sofrimento da família, diante da necessidade de uma decisão cercada de dúvidas e angústias, desperta nesses profissionais sensações físicas e emocionais expressas mediante o “choro”; “nó na garganta”; “voz embargada”; “tranca não sai às palavras”. Nesse sentido, percebeu-se lidar com o próprio sofrimento e do outro, não é algo fácil na perspectiva dos participantes, implica “conter o choro”, “não desabar” tentar ocultar o seu mundo interior frente ao exterior. Tal esforço levou os participantes há um esgotamento, tanto físico, como emocional conforme evidenciado a seguir:

Semana passada eu saí daqui exausta. A profissional x participou, “ah, estou cansada”, eu digo, “ah, porque tu não participaste semana passada”, porque, sabe, suga a gente assim, sabe! Emocionalmente, fisicamente, tudo. [E02HBG1]:

Eu fico mais na sensação... claro, quando a gente está junto fazendo a entrevista, eu tenho sentido assim... aquele nó na garganta em relação de ver o sofrimento ali... era a primeira que eu estava participando. Me perguntei “é isso que eu quero”. [...]. Mas pelo fato de estar na CIHDOTT e estar ali naquele papel que tu tens que estar, porque tu não vais desabar e chorar fazendo a entrevista. Claro que tu vais ficar emocionada na hora, fica. É normal, tranca, não sai às palavras. [E01HCG1]

Na verdade, assim, dificuldade em relação a abordar a família... eu acho que a maior dificuldade que eu teria na abordagem seria algo emocional, assim mesmo. Nessa parte de chegar e conversar com eles isso aí eu acho. [...]. Teve um jovem que devia ter entre 13 anos, ela entrou no hospital e ele acabou indo a óbito. E me chamaram, eu estava em casa, eu vim e quando eu cheguei me passaram o caso dele e fui conversar com a mãe e ela não tinha condições e aquilo me chocou, porque quando eu cheguei no quarto eu já vi que ela não tinha condições e acho que eu também... porque isso mexe muito com o emocional também da gente, e acho que eu também não ia conseguir fazer. [E01HDG1]

Nas primeiras vezes a gente treme um pouquinho, né! Mas depois vai. E na verdade assim, cada situação é diferente, porque às vezes a gente pega familiares que estão calmos. Daqui a pouco a gente pega uns familiares alterados. [E02HDG1]

Nesse sentido, entrevistar à família considera-se um desafio, visto cada família ser diferente, cada família reagir de uma forma distinta, e a imprevisibilidade

diante de tais reações, tanto do outro como de si mesmo, enquanto profissional, necessitam de uma readaptação constante frente a ela.

De acordo com o exposto, Lima *et al.* (2009) após realizarem a entrevista, os profissionais saem cansados e esgotados com necessidade de apoio emocional a fim de conseguir entender suas necessidades e sentimentos vivenciados. Deste modo, para eles, o sofrimento é devido acreditarem que ao falar sobre doação de órgãos estão fazendo a família sofrer. Assim, para eles a entrevista é considerada não só habilidades de fala, mas realização de um esforço físico frente à situação.

A partir do exposto foi possível identificar, neste capítulo, as dificuldades que os profissionais enfrentam durante a entrevista familiar para a doação de órgãos e também como tais aspectos moldam os atos de fala, bem como os modos de agir dos profissionais.

8 Considerações finais

Este estudo buscou compreender os modos de agir dos profissionais da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos a partir da interação com a família durante entrevista para a doação de órgãos evidenciando as estratégias utilizadas e as dificuldades que enfrentam no decorrer do processo. Considerando que por mais que os profissionais da CIHDOTT tenham clareza quanto sua função/papel na comissão e frente às famílias, esses são influenciados por aspectos internos e externos do mundo da vida: subjetivo (personalidade), normativo (sociedade) e objetivo (cultura comum compartilhada), que atravessam os atos de fala e modos de agir.

Quanto aos modos de agir dos profissionais, destacaram-se a utilização de dois modos: o agir comunicativo e o agir estratégico. Ambos modos, foram identificados durante as abordagens, os quais diferem-se em sua intenção. No agir comunicativo os profissionais buscaram, ao se comunicar, o entendimento e consenso uns com outros, a partir dos atos de fala. No agir estratégico foi evidenciado na resolução dos problemas desses profissionais, os quais a linguagem esteve carregada de intenções e tendências de modo que, ao entrarem em contato com a família, buscaram influenciá-la para agir de acordo com seu interesse, o consentimento para doação.

Dentro do agir comunicativo destaca-se que ao entrarem em contato com a família, alguns participantes do estudo, estabeleceram um contato empático, de apoio e acolhimento, de forma que o seu objetivo foi levar informações/conhecimento sobre um assunto ainda pouco discutido na sociedade. A interação estabelecida teve por objetivo informar e esclarecer questões de dúvidas que geravam insegurança para a família, como dar tempo para ela pensar tais acontecimentos.

Já no agir estratégico, foi constatado que desde abertura do protocolo do potencial doador, os profissionais projetavam esta família de forma diferente das

demais, de modo que passavam a planejar e a conduzir ações estratégicas, sendo elas: a busca por informações do potencial doador em vida; o preparo e aperfeiçoamento do profissional para a entrevista familiar; a forma como os participantes do estudo se apresentam e expõe seu trabalho. Assim, identificavam que aquele contato poderia estar influenciando em uma possível doação posteriormente. Frente aos distintos modos de agir dos profissionais das CIHDOTTS, o estratégico parece impor obstáculos/dificuldades para a abordagem e entrevista da família que podem ter como consequência a fragmentação das relações entre os profissionais da comissão e resultar em descaso com a família.

Assim, pode-se constatar que o objetivo deste estudo foi contemplado, sendo possível provocar, a partir de tais informações, reflexão e um debate crítico frente à forma como os profissionais vêm produzindo suas ações dentro dos cenários de assistência à saúde em que comunicação com a família é fundamental.

Quanto a identificação das dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde nos seus discursos frente ao agir perante a família, foi possível evidenciar o que essas dificuldades promovem nos profissionais em sua interação com a família. Destacam-se como dificuldades, a interação com a família após a comunicação do diagnóstico da morte; o esclarecimento à família quanto ao diagnóstico de morte encefálica, o manejo emocional durante a entrevista e o posicionamento contrário à doação.

Os resultados do estudo apontaram que a complexidade da entrevista está relacionada com a precária comunicação dos profissionais perante a família. A entrevista é percebida como um momento estressante, de dúvidas e angústias para a família e que essa necessita de acolhimento e apoio da equipe. Foi evidenciado insegurança dos profissionais tanto frente às reações da família, quanto à falta de controle de si, com suas emoções. Tais constatações revelam que a dificuldade se instala visto ser um momento em que o profissional confronta-se internamente com seus próprios sentimentos, a entrevista desvenda as fragilidades que os afetam e os paralisam frente ao agir com a família diante da morte do familiar do outro.

Outro aspecto constatado no que tange dificuldades refere-se ao esclarecimento à família sobre o diagnóstico de morte encefálica. Informar e esclarecer, apesar de ser uma demanda necessária a atividade que exercem, apresentam-se como um incômodo ou confronto para os profissionais, resultante

das próprias concepções singulares enquanto indivíduo pertencente a um mundo composto por valores, oriundos do mundo subjetivo, objetivo e social. Tais aspectos demonstram a complexidade vivenciada pelos profissionais ao trabalhar com a morte e a vida, a necessidade de adaptação constante frente as situações, o que explica o porquê do precário esclarecimento de informações e a permanência da dúvida nas famílias.

Além da dificuldade de transmitir uma informação clara e consistente, outro elemento que revelou dificultador na interação com a família referiu-se às contradições vivenciadas pelos profissionais quando contrários à doação de órgãos. Foi identificada uma dicotomização entre o sujeito enquanto pessoa *versus* o profissional, o qual necessita externamente desempenhar um ofício pelo qual internamente não é favorável, o que gera culpa e responsabilização quanto ao consentimento para doação. Identificou-se ainda, que tal dificuldade em expressar-se, requisita aos profissionais modos de agir referentes ao uso de estratégias em busca do consentimento.

Diante disso, controlar-se frente à imprevisibilidade da família apareceu como outra dificuldade, visto as diferentes formas de reação, tanto do outro como de si mesmo, enquanto profissional. Este foi identificado como um momento complexo para os profissionais, o qual os desafia, ao precisarem se readaptarem constantemente frente cada abordagem que realizam.

Como fundamentação teórica, buscou-se olhar sob as lentes da Teoria da Ação Comunicativa visto sua colaboração na construção social da ação comunicativa a partir da interação linguística dos profissionais de saúde e a família durante o processo de doação de órgãos. Nesse sentido, a teoria veio ao encontro com o objeto de estudo, pois é mediante a linguagem que são permeadas as relações interpessoais, essencialmente dialógica e dependente de uma interação entre os indivíduos.

Além disso, buscou-se na hermenêutica-dialética, a junção a fim de desvendar os conteúdos ocultos na linguagem dos profissionais. No entanto, destaca-se que ambos os aportes teóricos foram considerados, pela pesquisadora, um desafio para a realização desta pesquisa, a qual necessitou realizar leituras constantes, a fim de aproximar o objeto de estudo à forma como Habermas aplicaria sua teoria com este tema a partir dos aspectos apresentados.

Diante do apresentado, identifica-se que os resultados podem contribuir para a prática assistencial dos profissionais da CIHDOTT, de maneira que os mesmos utilizem tais informações a fim de buscarem explorar e qualificar os modos de agir perante a família. Assim, mesmo que o agir comunicativo tenha sido identificado, e este seja uma importante ferramenta para o trabalho das equipes das comissões, se faz necessário desenvolver intervenções na origem das dificuldades enfrentadas pelos mesmos.

Espera-se que tais resultados promovam discussões sobre a forma como tem sido realizada a entrevista familiar para doação de órgãos, e qual o real objetivo da entrevista, referente ao esclarecimento da família ou convencimento da mesma.

Aponta-se a necessidade dos profissionais trabalharem mais as relações no âmbito coletivo tanto com a família, como com os profissionais que atuam nas UTIs, gestores das instituições, e até mesmo entre as CIDOTTS do município. Faz necessário impulsionar ações de melhoria na comunicação, como, por exemplo, a inclusão da família durante as etapas do processo de doação, a fim de um melhor entendimento e vínculo com os profissionais. No entanto, observa-se que tais aspectos necessitam de uma abordagem mais ampla, em um nível macro, ou seja, uma abordagem que fomente a participação da sociedade, do poder público e das instituições de ensino para a divulgação e discussão do tema.

Ainda, esta pesquisa oferece dados que fomentam a necessidade dos profissionais terem espaços de reflexão e apoio, principalmente emocional, com o intuito de conhecer suas limitações e trabalhá-las para que estas não os paralisem diante do momento que a família mais carece de atenção. Evidencia-se necessário um processo educativo contínuo referente a programas de formação para os profissionais sobre a doação de órgãos e sobre como trabalhar com a família a doação, em um momento que se encontram fragilizadas.

Além disso, os resultados apresentados promovem discussões a cerca do desenvolvimento de diretrizes e a formulação de uma política pública na área da doação e transplante de órgãos, considerando as problemáticas enfrentadas pelos profissionais ao longo do processo.

Quanto as contribuições para a área da enfermagem, pontua-se o fato de que em todas as equipes da CIHDOTT o profissional enfermeiro desempenha papel central, visto ser ele que apresenta-se mais próximo das famílias e potencial doador

durante as etapas do processo de doação de órgãos. Assim sendo, compete a ele o desenvolvimento de atividades de coordenação, assistência e pesquisa, além de ser o enfermeiro, o profissional que conduz a entrevista para doação de órgãos. Nesse sentido, reforça-se a necessidade do preparo, o desenvolvimento de competências e habilidades para atender as necessidades da família, assim como, a qualidade do cuidado nas diferentes etapas do processo.

Portanto, ressalta-se que os resultados apresentados aqui não se dão por finalizados, pretendeu-se fazer uma organização do que foi exposto pelos participantes, respondendo os objetivos deste estudo. Tal pretensão coloca-se, visto o fato dos resultados originados conterem aspectos amplos de discussões, os quais não se dão por concluídos. Desse modo, deixa margem ao desenvolvimento de outros estudos, que venham a contribuir para a construção de propostas a fim de melhorar o processo de doação de órgãos, no que tange os modos de agir e comunicara família.

Contudo, como limitações, a possibilidade da existência de outros modos de agir incluindo outros profissionais envolvidos no tema, porém, não foram entrevistados e identificados nesta pesquisa; e não ter realizado a observação participante das entrevistas para identificar as formas de agir dos profissionais para além daquelas por eles mencionadas.

9 Referências

ALMEIDA, C. E.; BUENO, S.M.V.; DONOSO, L.M.B.; REIS, L.M.; VIEIRA, T.R. Aspectos Ético-Legais Envolvidos No Processo De Doação. v. 16, n. 3, p. 105–109, 2012. **Arquivos Ciências da Saúde UNIPAR**, Paraná, v. 16, n. 3, p. 105-109, 2012.

ARAÚJO, R.F; ALVARENGA, L. A BIBLIOMETRIA NA PESQUISA CIENTÍFICA DA PÓS-GRADUAÇÃO BRASILEIRA DE 1987 A 2007. **Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciencia da Informação de Florianópolis**, Florianópolis, v.16, n.31, p.51-70, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS (ABTO). **Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos de Órgãos e Tecidos**. Jan/Dez 2009. São Paulo. 2009. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/pdf/livro.pdf> Acesso em 2 ago. 2017.

_____. **I Reunião de Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos de Órgãos Tecidos**. Campos do Jordão-SP. 2003. Disponível em: http://www.sbccv.org.br/residentes/downloads/area_cientifica/processo_doacao_org_aos.pdf Acesso em: 2 ago. 2017.

_____. **Registro Brasileiro de Transplantes**. Jan/Dez 2012. São Paulo. 2012. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2012/RBT-dimensionamento2012.pdf> Acesso em: 3 ago. 2017.

_____. **Registro Brasileiro de Transplantes**. Jan/Dez 2014. São Paulo. 2014. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2014/rbt2014-lib.pdf> Acesso em: 3 ago. 2017

_____. **Registro Brasileiro de Transplantes**. Jan/Dez 2015. São Paulo. 2015. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2015/anual-n-associado.pdf> Acesso em: 4 ago. 2017

_____. **Registro Brasileiro de Transplantes**. Jan/Dez 2016. São Paulo. 2016. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2016/RBT2016-leitura.pdf> Acesso em: 4 ago. 2017

_____. **Registro Brasileiro de Transplantes**. Jan/Set 2017. São Paulo. 2017. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2017/rbttrim3-leitura.pdf> Acesso em: 4 ago. 2017

BARATA, G. Em revisão: o impacto da produção científica brasileira para o Brasil. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v.67, n.4, 2015.

BERNARD, H. R. **Métodos de investigación en Antropología. Abordajes cualitativos y cuantitativos.** Cómo redactar, codificar y processar notas de campo. 2.ed. 1995, p.126-135.

BRASIL. Lei nº 9.434, de 4 de Fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 Fev. 1997a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm Acesso em 1 set. 2017.

_____. Lei nº 10.211, de 23 de Março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 Março. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10211.htm Acesso em: 2 set. 2017.

_____. Lei nº 9.175, de 18 de Outubro de 2017 Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 Out. 2017a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9175.htm Acesso em:3 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Dicas em saúde. Morte Encefálica. 2008. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/146morte_encefalica.html Acesso em 10 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Apenas a família pode autorizar a doação de parente.** 2016. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/09/apenas-a-familia-pode-autorizar-a-doacao-de-orgaos-de-parente> Acesso em 5 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Sistema Nacional de Transplantes.** 2014. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/969-sas-raiz/dahu-raiz/transplantes-raiz/snt-2/snt-2-linha-1-coluna-2/13426-sobre-o-sistema-nacional-de-transplantes> Acesso em: 4 set. 2017.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.752, de 23 de setembro de 2005. Determina a constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante em todos hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 set. 2005. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1752_23_09_2005.html Acesso em 10 set. 2017.

Ministério da Saúde. Resolução CFM nº 2.173 de 15 de Dezembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 Dez. 2017b. Disponível

em:<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf> Acesso em: 6 jun 2018.

____ Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em 10 set. 2017.

____ Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf Acesso em: 2 set. 2017.

BOURDIEU, Pierre. A miséria do mundo. Tradução de Mateus S. Soares. 3ª edição. Petrópolis: Vozes, 1999. Link do livro. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1896313/mod_resource/content/1/Remi_Lenoir.pdf

CAJADO, M.C.V. Experiências de familiares diante da possibilidade de doar órgãos e tecidos para transplantes. **Psicologia, Diversidade e Saúde**, Bahia, v. 6, n. 2, 2017.

CARVALHO, D.P.S.R.P.; VITOR, A.F.; COGO, A.L.P.; *et al.*, Teoria da ação comunicativa: subsídio para o desenvolvimento do pensamento crítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 6, 2017.

CARVALHO, D.W.; FREIRE, M.T.M., VILAR, G. Comunicação e saúde: humanização, significado e ação comunicativa. **Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas**, São Paulo, v. 9, n. 16/17, 2012.

CASSIANI, S.H.B.; ZAGO, M.M.F. A análise de dados qualitativos: a experiência no uso do "The Ethnograph". **Escola Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.10, n.1, p.100-6, 1997.

CAVALCANTE, L.P.; RAMOS, C.I.; ARAÚJO, M.A.M.; *et al.* Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. **Escola Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.27, n.6, p.567-72, 2014.

CICOLO, E.A.; ROZA, B.A.; SCHIRMER, J. Doação e transplante de órgãos: produção científica da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n2, p. 274-8, 2010.

CINQUE, V.M.; BIANCHI, E.R.F. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 996- 1002.

COELHO, M.I.B.A.; VAZ, L.G.N.; ALBUQUERQUE, E.S. A REDE DE COLABORAÇÃO CIENTÍFICA DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO E PESQUISA DO AMAZONAS. **T&C AMAZÔNIA**. Amazonas.v, s.a, 2014.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Resolução COFEN Nº. 564/2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html Acesso em: 5 dez. 2017.

COSTA, I. F.; MOURÃO NETTO, J.J.; BRITO, M.C.C.; GOYANNA, N.F.; SANTOS, T.C.; SANTOS, S.S. Fragilidades na atenção ao potencial doador de órgãos: percepção de enfermeiros. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 130–137, 2017.

DELL AGNOLO, C.M.; BELANTANI, L.M.; ZURITA, R.C.M.; *et al.* A experiência da família frente à abordagem para doação de órgãos na morte encefálica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n.3, p. 375-82, 2009.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R.; MINAYO, M.C.S. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: **Editora Vozes**, 2009. 68 p.

DESLANDES, S.F.; IRIART, J.A.B. Usos teórico-metodológicos das pesquisas na área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2380-2386, 2012.

DICIONÁRIO DE LATIM. Significado de Post mortem- Disponível em: <https://www.dicionariodelatim.com.br/post-mortem/> Acesso 8 out. 2017.

ELIZONDO, N.A.R.; ZAVALA, M.O.Q.; ALVARADO, O.S.; SUAZO, S.V.V. El paradigma emancipatório y su influencia sobre el desarrollo del conocimiento en enfermería. **Enfermería Global**, Murcia, v.12, n. 2, 2013.

FACO, V.M.G.; MELCHIORI, L.E. Conceito de família: adolescentes de zonas rural e urbana. **Cultura Acadêmica**, São Paulo, s.v, s.n, 2009.

FARIAS, L.; MONTERO M. De la transcripción y otros aspectos artesanales de la investigación cualitativa. **International Journal of Qualitative Methods**, Estados Unidos, v. 4, n. 1 p.53-58 p, 2005.

FEMIPA. Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Beneficentes do Estado do Paraná. O que é filantropia? Disponível em: <http://www.femipa.org.br/faq/>Acesso em: 22 set. 2017.

FERNANDES, M.E.N.; BITTENCOURT, Z.Z.L.C.; BOIN, I.F.S.F. Vivenciando a doação de órgãos: sentimentos de familiares pós consentimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 895-901, 2015.

FERREIRA, U. **Captação de órgãos para transplante**. 1. ed. São Paulo: Gráfica e Editora Tecla Tipo, 1997.

FLICK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Coleção Pesquisa Qualitativa (Coordenação de Uwe Flick). Porto Alegre: Bookman, Artmed, 2009, 164p.

FONSECA, P. I. M. N.; TAVARES, C.M.M.; SILVA, T.N.; *et al.* Family interview for organ donation: necessary know ledge according to coordinators in organ transplants. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 3979, 2016.

FONSECA, P.I.M.N.; TAVARES, C. M. M. O preparo emocional dos profissionais de saúde na entrevista familiar: estudo hermenêutico. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 496–506, 2014.

FORTE, E.C.N; PIRES, D.E.P; TRIGO, V.V.P; MARTINS, M.M.F.P.S A HERMENÊUTICA E O SOFTWARE ATLAS TI: UNIÃO PROMISSORA. **Texto & Contexto**. Florianópolis, v.26, n.4, 2017.

FREIRE, I.L.S.; QUINÍDIA, L.D.A.Q.V.; TORRES, G.V.; *et al.* Estrutura, processo e resultado da doação de órgãos e tecidos para transplante. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.68, n. 5, p. 837-45, 2015.

GARCIA, C. D. Doação e transplante de órgãos e tecidos – São Paulo: 2015. 560 p. Disponível em: <http://www.adote.org.br/assets/files/LivroDoacaOrgaosTecidos.pdf> Acesso em: 8 Jun 2018.

GARCIA, C.D; GARCIA, V.D; PEREIRA, J.D. **Manual de Doação e Transplantes: Informações práticas sobre todas as etapas do processo de doação de órgãos e transplante**. Porto Alegre: Libretos, 2017, 220p.

GUETTI, N.R.; MARQUES, I.R. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n. 1, p.91-7, 2008.

GUIDO, A.L.; LINCH, G.F.C.; ANDOLHE, R.; *et al.* Estressores na Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n.6, 2009.

GUTIERREZ, L.G.; ALMEIDA, M.A.B.; Teoria da Ação Comunicativa (Habermas): estrutura, fundamentos e implicações do modelo. **Veritas**, Porto Alegre, v. 58, n. 1, 2013.

HABERMAS, J. **Teoria do Agir Comunicativo. Racionalidade da ação e racionalização social**. São Paulo: WMF Martins Fontes 2012a, 704p.

HABERMAS, J. **Teoria do Agir Comunicativo. Sobre a crítica da razão fundamental**. São Paulo: WMF Martins Fontes 2012b, 811p.

HABERMAS, J. (1987a). The theory of communicative action. Vol 2. Lifeworld and sistem: A critique of functionalist reason. Boston, Beacon Press.

HABERMAS, J. **Verdade e Jurisdição ensaios filosóficos**. São Paulo: Layola, 2004, 330p.

HABERMAS, J. **Pensamento pós-metafísico estudos filosóficos**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2002, 271p.

HERRLEIN JR, R. Uma Introdução ao Pensamento de Habermas: Teoria da Ação Comunicativa. **Práxis**, Novo Hamburgo, v. 1, s. n, 2007.

HSIEH, H; SHANNON, S. Three approaches to qualitative content analysis. **Qualitative Health Research**, Estados Unidos, v. 15, n. 9, p. 1277-1288, 2005.

JACKS, N.; TOALDO, M.; SCHMITZ, D.; *et al.* Uso de softwares na abordagem qualitativa: a experiência da pesquisa “Jovem e Consumo midiático em tempos de convergência”. **Epistemologias da Comunicação**, Porto Alegre, v. 4, n.7, 2016.

KAUFMANN, M.L. **NA FRONTEIRA DA EMANCIPAÇÃO E DA COLONIZAÇÃO ATRAVÉS DO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS**. 2003. 107f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

KOBUS, G.; POPŁAWSKA, B.; BACHÓRZEWSKA-GAJEWSKA, H.; MAŁYSZKO, J.S.; MAŁYSZKO, J. Opinions and Know ledge about Organ Donation and Transplantation of Residents of Selected Villages in Podlaskie Voivodeship. **Ann Transplant**, Japão, v. 20, s. n, p. 256-262, 2015.

KOVÁCS, M.J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, n.4, p.420-429, 2010.

KUBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. O que os doentes terminais tem para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 1969. Disponível em: <https://docero.com.br/doc/xs5vx>Acesso em:Ago 2018.

KVALE S. Planificación de un estudio de entrevistas. In: KVALE S. Las entrevistas em investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata. P. 60-75, 2011.

LAMB, D. Transplante de Órgãos e Ética. Trad. Jorge Curbelo. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/Editora Hucitec, 2000. p.260.

LIMA, A. A. F.; SILVA, M. J.P.; PEREIRA, L. L. Percepção do enfermeiro da organização de procura de órgãos (OPO) sobre a humanização do processo de captação de órgãos para transplante. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 409–416, 2006.

LIMA, A. A. F.; SILVA, M. J.P.; PEREIRA, L. L. Sufrimiento y contradicción: el significado de la muerte y del morir para los enfermeros que trabajan en el proceso de donación de órganos para trasplante. **Enfermería Global**, Murcia, s. v, s.15, 2009.

LIRA, G.G.; PONTES, C.M.; SCHIRMER, J.; LIMA, L.S. Ponderações de familiares sobre a decisão de recusar a doação de órgãos. **Escola Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25, n.2, p. 140-5, 2012.

LUSTOSA, M.A. A família do paciente internado. **Sociedade Brasileira Psicologia Hospitalar**, Belo Horizonte, v.10, n.1, 2007.

MACHADO, M.M.T.; LEITÃO, G.C.M.; HOLANDA, F.U.X. O CONCEITO DE AÇÃO COMUNICATIVA: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 723-8, 2005.

MARIN, J. **O processo de trabalho na estratégia saúde da família: os problemas e conflitos bioéticos que efluem da produção com o outro**. 2017. 90f. Tese (Bioética, ética aplicada e Saúde Coletiva) Faculdade de Medicina. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/5007/1/TESE%20JULIANA%20MARIN.pdf> Acesso em: Ago 2018.

MARINHO, A. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS NOBRASIL. **Direito Sanitário**, São Paulo, v. 11, n.3, p120-122, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13224/15039> Acesso em: 27 out. 2017.

MAYNARD, L.O.D.; LIMA, I.M.S.O.; LIMA, Y.O.R.; *et al.* OS CONFLITOS DO CONSENTIMENTO ACERCA DA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS POST MORTEMNO BRASIL. **Direito Sanitário**, São Paulo, v. 16, n. 3, p.122-144, 2015/2016.

MEIRELLES, M.C.P. **Avaliação dos processos de gestão de uma rede de atenção psissocial à luz da teoria da ação comunicativa**, 2016, 250f. Tese de doutorado. Programa de Pós Graduação em enfermagem Universidade Federal de Pelotas.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 17. n. 4, p. 758-64, 2008.

MENEZES, R.A. Difíceis decisões. **Etnografia de um Centro de Treinamento Intensivo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 107p.

MEYER, K.; BJØRK, I. T. Change of focus: From intensive care towards organ donation. **Transplant International**, França, v. 21, n. 2, p. 133–139, 2007.

MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F; Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, 380p.

MORAES, E. L.; SANTOS, M.J.; MERIGHI, M.A.B.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Experience of nurses in the process of donation for organs and tissues for transplant. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 226-233, 2014.

MORAES, E. Ser mulher na atualidade a representação discursiva da identidade feminina em quadros humorísticos de maitena. **Eduem**, s.v, s.n, 2012.

MORAES, E.L.; NEVES, F.F.; SANTOS, M.J.; MERIGHI, M.A.; MASSAROLLO, M.C. Experiences and expectations of nurses in caring for organ donos and their families. **Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 127-133, 2015.

MORAES, E.L.; SANTOS, M.J.; MERIGHI, M.A.B.; *et al.* Vivência de enfermeiros no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 226-33, 2014.

MOSQUEDA-DÍAZ, A.; VÍLCHEZ-BARBOZA, V.; VALENZUELA-SUAZO, S.; SANHUEZA-ALVARADO, O. Teoría crítica y su contribución a la disciplina de enfermeira. **Investigación y Educación en Enfermería**, Colômbia, v.32, n. 2, 2014.

NEADES, B. L. Presumed Consent to OrganDonation in Three European Countries. **Nursing Ethics**, Reino Unido, v. 16, n. 3, p. 267–282, 2009.

NORONHA, M.G.O.; SETER, G.B.; PERINI, L.D.; *et al.* Estudo do perfil dos doadores elegíveis de órgãos e tecidos e motivos da não doação no Hospital Santa Isabel em Blumenau, SC. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 3, p. 199-203, 2012.

OLLAIK, G.L.; ZILLER, H.M. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 38, n.1, p. 229-241, 2012.

OLIVEIRA, M.M. Metodologia Interativa: um processo hermenêutico dialético. **Interfaces**, Paraná, v. 1, n. 1, 2001.

OLIVEIRA, R.C.M. (ENTRE)LINHAS DE UMA PESQUISA: o Diário de Campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (Auto)biográfica. **Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos**, Bahia, v. 2, n.4, 2014.

ORØY, A.; STRØMSKAG, K. E.; GJENGEDAL, E. Approaching families on the subjecto for Organ donation: a phenomenological study of the experience of health care professionals. **Intensive and Critical Care Nursing**, Estados Unidos, v. 29, n. 4, p. 202–211, 2013.

ORØY, A.; STRØMSKAG, K. E.; GJENGEDAL, E. Do we tre at individuals as patients or as potential donors? A phenomenological study of health care professionals' experiences. **Nursing Ethics**, Reino Unido, v. 22, n. 2, p. 163–175, 2015.

PINTO, J.M.R. A TEORIA DAAÇÃO COMUNICATIVA DE JÜRGEN HABERMAS : CONCEITOS BÁSICOS E POSSIBILIDADES DE APLICAÇÃO À ADMINISTRAÇÃO ESCOLAR. **Revista da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto**, São Paulo, s.v, s.n, 1995.

PALERMO, L.C. A importância da teoria do agir comunicativo na atualidade: racionalidade, mundo da vida e democracia deliberativa. **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, Amapá, v. 1, n.6, p.1-17, 2013.

PEARSON, A.; ROBERTSON-MALT, S.; WALSH, K.; FITZGERALD, M. Intensive care nurses' experiences of caring for brain dead organ donor patients. **Journal of Clinical Nursing**, Estados Unidos, v. 10, n. 1, p. 132–139, 2001.

PESSALACIA, J.D.R.; CORTES, V.F.; OTTONI, A. Bioética e doação de órgãos no Brasil: aspectos éticos na abordagem a família do potencial doador. **Bioética**, Brasília, v.19, n.3, p.671-82, 2011.

PESSOA, J.L.E; SCHIRMER, J; ROZA, B.A. Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. **Associação Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.26, n,4, p.323-30, 2013.

PINTO, J.M.R. A teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas: conceitos básicos e possibilidades de aplicação à administração escolar. **Paidéia**, São Paulo, s. v, n. 8-9, 1995.

PIROLO, S.M. **Atuação interprofissional na terapia intensiva: a integralidade do cuidado e o agir comunicativo de Habermas**. Ribeirão Preto. 2008. 209f. Tese. Pós Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-19122008-154253/pt-br.php> Acesso em: 9 Ago 2018.

RECH, T.H.; RODRIGUES FILHO, E.M.; Entrevista Familiar e Consentimento. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.19, n.1, 2017.

ROCHA, A.; ANDRADE, R.; LOPES, H.; CRUZ, Z. Hans Georg Gadamer e a Teoria da Hermenêutica. *Disciplina Filosofia Contemporânea II*. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/276850621/Hans-Georg-Gadamer-e-a-Teoria-Da-Hermeneutica> Acesso em: 22 dez. 2018.

ROSÁRIO, E.N.; PINHO, L.G.; OSELAME, G.B.; NEVES, E.B. Recusa familiar diante de um potencial doador de órgãos. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.3, p.260-6, 2013.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática x Revisão narrativa. **Escola Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.2, 2007.

ROZA, B.A.; GARCIA, V.D.; BARBOSA, S.F.F.; *et al.* Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade. **Escola Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p.417-22, 2010.

RUIZ, M.C..S.; GONZÁLEZ, J.S. La figura del tutor en el proceso de prácticas en el Grado de Enfermería. **Index de Enfermería**, Granada, v. 22, n. 4, 2013.

SADALA, M. L.; LORENÇON, M.; CERCAL, M.; SCHELP, A. Caring for organ donors: The intensive care unit physicians' view. **Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care**, Estados Unidos, v. 35, n. 3, p. 190–197, 2006.

SADALA, M. L.; MENDES, H. W. Caring for organ donors: the intensive care unit nurses' view. **Qualitative health research**, Estados Unidos, v. 10, n. 6, p. 788–805, 2000.

SANNER, M. A. Two perspectives on organ donation: experiences of potential donor families and intensive care physicians of the same event. **Journal of Critical Care**, v. 22, n. 4, p. 296–304, 2007.

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PORTO ALEGRE. Santa Casa festeja 25 anos do primeiro transplante de pulmão da América Latina. 2014. Disponível em: <https://santacasa.org.br/noticias/detalhe/santa-casa-festeja-25-anos-do-primeiro-transplante-de-pulmao-da-america-latina/255> Acesso em: 07 set. 2017.

SANTOS, M. J.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **ACTA Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 472–478, 2011.

SCHEIN, A.E. CARVALHO, P.R.A.; ROCHA, T.S.; *et al.* Avaliação do conhecimento de intensivistas sobre morte encefálica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.20, n. 2, 2008.

SILVA, G.J.S. **O QUE DIZEM AS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS EM GRUPOS VIRTUAIS DO FACEBOOK**. 2016. 87f. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS.

SILVA, M.A. A TÉCNICA DA OBSERVAÇÃO NAS CIÊNCIAS HUMANAS. **Educativa**. Goiânia, v.16, n.2, p.413-423, 2013.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, Estados Unidos, v. 19, n.6, p. 349-357, 2007.

TORRES, J.C.; LAGE, A.M.V. Manifestações psicológicas de familiares com pacientes em morte encefálica. **Revista de Psicologia**, Ceará, v. 4, n. 1, p. 38-51, 2013.

VERGARA, L.G. HABERMAS Y LA TEORIA DE LA ACCIÓN COMUNICATIVA. **RAZÓN Y PALABRA**, México, s.v, n.75, 2011.

VINUTO, J. A AMOSTRAGEM EM BOLA DE NEVE NA PESQUISA QUALITATIVA: UM DEBATE EM ABERTO. **Temáticas**, São Paulo, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

ZEM, K.K.S; CARDOSO, F.S; MONTEZELI, J.H. O agir comunicativo do enfermeiro na assistência ao paciente criticamente enfermo. **Revista de enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.3, n.3, p.547-554, 2013.

ZILLMER, J.G.V; PORTO, A.R; SCHWARTZ, E; OLIVEIRA, S.G; SANTOS, B.P;
IBARRA, L.E.H; MERCADO-MARTINEZ, F.C; MEDINA, B.A.D; DIAS, A.J.S;
CORTEZ, N.R; BAÑUELOS, J.A.Z; SILVA, G.J.S; DALL AGNOL, J; SOARES, E.R;
MORÁSTICO, A. **O processo de doação, captação, e transplante de órgãos na perspectiva dos trabalhadores em saúde: um estudo qualitativo no Rio Grande do Sul.** 2017-2019. 30f. Projeto de pesquisa. Enfermagem - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS.

Apêndices

Apêndice A – Descrição dos artigos encontrados na revisão integrativa

N	Autores (Ano)	País	Objetivo	Método	Resultados	Propostas
	Sobrenome dos Autores (Ano)	País do estudo	Descrição do objetivo do estudo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Referencial teórico 2. Desenho do estudo 3. Participantes – características 4. Local do estudo 5. Tipo de amostragem 6. Participantes - total 7. Técnica de coleta 8. Software 9. Tipo de análise 10. Aspectos éticos CEP; TCLE 	Descrever os principais resultados que respondam os objetivos.	Descrever as propostas dos autores
1	Leite; Maranhão; Farias, (2017)	Brasil	Analisar os aspectos que envolvem profissionais da saúde e familiares no processo de captação de múltiplos órgãos na perspectiva dos enfermeiros.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não menciona 2. Não menciona 3. Enfermeiros 4. Hospital Regional do Cariri 5. Não menciona 6. Não menciona 7. Entrevista Semiestruturada 8. Não menciona 9. Análise de conteúdo 10. CEP; TCLE 	Para os enfermeiros os desafios são: - Acolhimento à família e realizar o apoio emocional aos familiares. - Falta de preparo ao longo da graduação sobre a temática doação de órgãos.	Incluir psicólogos nas equipes que bordam a família, acreditam que teriam melhor acolhimento e suporte emocional.
2	Almeida <i>et al.</i> , (2012)	Brasil	Conhecer o processo de doação de órgãos na perspectiva dos profissionais de saúde que atuam nessa área.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não menciona 2. Não menciona 3. Profissionais de saúde (não específica) 4. CIHDOT 5. Não menciona 6. 11 participantes 7. Entrevista semiestruturada 8. Software QualiQuantisoft. 9. Discurso do Sujeito Coletivo 10. CEP; TCLE 	- Profissionais sentem que há falta de confiança na conduta ética do profissional no momento da abordagem. - Relatam haver necessidade de maior treinamento e capacitações. - Demonstam preocupação com a transparência nos procedimentos a serem realizados.	Não mencionam

3.	Fonseca; Tavares; Silva (2016)	Brasil	Compreender a importância atribuída a entrevista familiar e identificar quais conhecimentos são necessários para realização da entrevista.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hermenêutica interpretativa (Hans-Georg Gadamer) 2. Não menciona 3. Profissionais de saúde e coordenadores de transplantes 4. CNCDO do Rio de Janeiro 5. Não menciona 6. 24 participantes (17 enfermeiras, 2 assistentes sociais, 2 médicos e 3 psicólogos) 7. Entrevista semiestruturada 8. Não menciona 9. Análise hermenêutica (Gadamer) 10. CEP; TCLE 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista Familiar é a etapa mais importante do processo - É considerada determinante na tomada de decisão quanto à opção ou não, pela doação de órgãos e tecidos pelos familiares. - Entendida pelos sujeitos como momento de apoio emocional as famílias, - O profissional de saúde necessita de características pessoais e habilidades emocionais para a abordagem as famílias 	Não mencionam
4	Lima; Silva; Pereira (2009)	Brasil	El objetivo era identificar la percepción y los sentimientos de los enfermeros que trabajan en la captación de órganos para trasplantes en relación a la muerte y al morir.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não menciona 2. Não menciona 3. Enfermeiros 4. OPOS de São Paulo e Hospital de Clínicas da Faculdade de medicina de São Paulo 5. Não menciona 6. 10 Enfermeiros 7. Entrevistas semiestruturadas 8. Não menciona 9. Análise de conteúdo 10. CEP 	<ul style="list-style-type: none"> - Consideran que estar con la familia es el momento más difícil del proceso de captación, pues están ante el sufrimiento de los familiares y precisan desempeñar su papel profesional a través de la solicitud de la donación. - Este escenario genera dudas y angustias para los profesionales. - El profesional necesita momentos de intercambio de experiencias, momentos de retroalimentación de sus acciones y reacciones o la atención psicológica para mantener su salud mental. 	Prestar un servicio de apoyo psicológico individualizado.
5	Moraes; Santos; Mereghi (2014)	Brasil	Conhecer o significado da ação de enfermeiros no processo de doação para viabilizar órgãos e tecidos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fenomenologia Social 2. Fenomenologia Social, de Alfred Schutz. 3. Enfermeiros 	<ul style="list-style-type: none"> - O enfermeiro exerce um papel-chave na manutenção do potencial doador, em razão de sua grande proximidade com 	Educação da equipe multiprofissional de saúde e da população é

			para transplante.	4. Três OPOs de São Paulo. 5. Não menciona 6. 10 enfermeiros 7. Entrevistas com perguntas norteadoras, não específica 8. Não menciona 9. Análise da Fenomenologia Social 10. CEP; TCLE	esses indivíduos. Presença do médico e do enfermeiro é imprescindível no manejo das alterações hemodinâmicas do doador e representa a intervenção que, de fato, possibilite ofertar órgãos de boa Qualidade para transplante.	fundamental.
6	Santos; Massarollo; Moraes (2012)	Brasil	Desvelar o significado atribuído pelos profissionais que atuam em Serviços de Procura de Órgãos e Tecidos à entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante.	1. Fenomenologia de Martins; Bicudo 2. Não menciona 3. Profissionais de Saúde (não específica) 4. OPOs de São Paulo 5. Não menciona 6. 12 participantes 7. Entrevistas não específica 8. Não menciona 9. Análise ideográfica 10. CEP; TCLE	- A entrevista familiar marca o início do processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. - Consideram a entrevista uma etapa importante, outros como uma das fases mais relevantes e há, ainda, profissionais que a consideram a parte mais importante do processo de doação.	Capacitar técnica e cientificamente o entrevistador. Implantar grupos de discussões e/ou cursos de capacitação pode minimizar erros e auxiliar o aprendizado prático.
7	Costa et al (2017)	Brasil	Conhecer a percepção de enfermeiros sobre fragilidades na atenção a esses pacientes.	1. Não menciona 2. Não menciona 3. Enfermeiros 4. Hospital de grande Porte da região norte do Ceará 5. Não menciona 6. Oito enfermeiros 7. Entrevistas semiestruturada 8. Não mencionado 9. Análise de conteúdo 10. CEP; TCLE	- Senso de responsabilidade é constante nas falas dos enfermeiros. - Apontam fragilidade referentes a assistência familiar fornecida pela equipe multiprofissional, incluindo os próprios profissionais de enfermagem - Apresentaram conhecimento frágil sobre a função da OPO, revelando necessidade de maior instrução à equipe a partir de treinamentos que ampliem a compreensão sobre o serviço.	Não menciona
8	Fonseca;	Brasil	Compreender como se dá	1. Hermenêutica Interpretativa	- Revelam não fazerem nenhum	Criação de um Serviço

	Tavares (2014)		o preparo emocional dos coordenadores avançados em transplantes para realizar a entrevista familiar	(Hans-Georg Gadamer) 2. Não menciona 3. Enfermeiras, assistentes sociais, médicos e psicólogos 4. CNCDO do Rio de Janeiro 5. Não menciona 6. 24 participantes 7. Entrevista semiestruturada 8. Não menciona 9. Análise do discurso proposta na hermenêutica filosófica de Gadamer 10. CEP; TCLE	preparo emocional para a realização da entrevista familiar. - Por opção preferem não envolver-se emocionalmente. - Entendem que o preparo emocional está relacionado com o apoio técnico.	que envolvesse desde o saber lidar melhor consigo para não adoecer até enfrentar melhor as emoções do outro, melhorando a qualidade da comunicação das notícias difíceis.
9	Moraes; Neves; Santos <i>et al</i> , (2015)	Brasil	Compreender as experiências e expectativas dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva no cuidado ao doador de órgãos para transplante e à sua família.	1. Fenomenologia Social de Alfred Schutz. 2. Não menciona 3. Enfermeiros 4. UTI do hospital escola de São Paulo 5. Enfermeiros 6. 20 7. Entrevista fenomenológica 8. Não menciona 9. Análise fenomenológica 10. CEP; TCLE	- Sentem-se despreparado para lidar com as famílias que vivenciam a situação crítica. - Referem falta de treinamento, por meio de cursos que ofereçam ferramentas para atuar nesse cenário. - Falta de habilidade da equipe médica na comunicação de más notícias - Despreparo dos enfermeiros para lidar com familiares.	Humanização e transparência do processo de doação. Empatia e comunicação eficaz. Permitir a família maior tempo ao lado do ente querido.
10	Lima; Silva;Pereira (2006)	Brasil	Identificar as estratégias que o enfermeiro da captação e órgãos tem utilizado para humanizar a relação entre profissional família e potencial doador.	1. Não menciona 2. Não menciona 3. Enfermeiros 4. OPOs de São Paulo, Santa Casa e Hospital de Clínicas de São Paulo. 5. Amostragem intencional 6. 10 7. Entrevista semiestruturada 8. Não menciona	- Para os profissionais humanizar é prestar assistência integral. - Cuidados de higiene, padrões fisiológicos, e cuidados com a aparência. - Oferecer informações e esclarecimentos a família. - Liberação de visitas, agilização da entrega do corpo a família. - Mostrar respeito, escutar e se	Atentar para os sinais não verbais, expressões faciais, tom de voz, olhares, postura corporal. A comunicação é um instrumento de humanizar

				9. Análise de conteúdo 10. CEP; TCLE	importar. - Estar com a família é complexo momento carregado de sofrimento, pois ter que desempenhar seu papel profissional causa dor a família.	
11	Santos; Massarollo (2011)	Brasil	Desvelar a percepção dos profissionais que atuam em Organizações de Procura de Órgãos sobre os fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante	1. Fenomenologia 2. Não menciona 3. Profissionais de saúde 4. OPOs de São Paulo 5. Não menciona 6. 18 participantes 7. Entrevistas (não especifica) 8. Não menciona 9. Análise ideográfica. 10. CEP	- O ambiente pode dificultar a realização da entrevista. - Local desorganizado, com ruídos, trânsito de pessoas, ausência de privacidade e inexistência de assentos também dificultam. - Informações desencontradas, entre os diversos médicos, entre a equipe do hospital e enfermeiros. - Atendimento do paciente no hospital, o primeiro atendimento, como ele está sendo atendido, como ele está sendo cuidado, como os profissionais de saúde estão se relacionando com a família.	Capacitar técnica e cientificamente o entrevistador. Implantar programas educativos que estimulem a discussão da questão da doação de órgãos no âmbito familiar e entre os profissionais de saúde. Implementar ações que visem a uma assistência digna e humanizada aos pacientes e seus familiares.
12	Oroy; Tromskag; Gjengedal (2013)	Noruega	Explorar e ganhar uma maior compreensão das experiências dos profissionais de saúde sobre as interações com as famílias quando se aproximam o tema da doação de órgãos.	1.Fenomenologia Hermenêutica (Heidegger) 2. Não menciona 3. Profissionais de Saúde (Médicos, enfermeiros) e Capelães 4. UTIs do hospital universitário da Noruega 5. Profissionais que estivessem em contato com as famílias 6. 36 profissionais	- Revelam ser necessário um contato diferenciado com a família que não remeta o interesse apenas nos órgãos.. - É necessário dar tempo a família, espaço para as decisões. - Revelam que a entrevista familiar é um momento doloroso, pois ao mesmo tempo que querem apoiar a família devem obter o consentimento para a	Não menciona

				7. Entrevistas em profundidade e observação 8. Não menciona 9. Análise temática 10. CEP; TCLE	doação.	
13	Pearson; Robertson-malt; Walsh; Fitzgerald (2001)	Austrália	Identificar os sentimentos e experiências de enfermeiros de cuidados intensivos que estiveram envolvidos em pacientes com doença cerebral encefálica antes da doação de órgãos.	1. Fenomenologia e Hermenêutica (Van Manen) 2. Não menciona 3. Enfermeiros 4. Hospital metropolitano no sul da Austrália e um Hospital rural no norte de Nova Gales do Sul. 5. Não menciona 6. 20 enfermeiros 7. Entrevista focada, não estruturada 8. Não menciona 9. Análise temática 10. Não menciona	- Revelam se necessário priorizar as necessidades emocionais da família. - Dar assistência, se conectar emocionalmente com o sofrimento da família. - Manter apoio não tendencioso das decisões da família. - Incentivar o espaço e a privacidade para a família. - Revelam que cuidar de pacientes com morte cerebral é trabalho profundamente significativo que desafia a enfermagem.	Não mencionam
14	Sadala; Mendes (2000)	Brasil	Entender como os enfermeiros experienciam o cuidar de doadores de órgãos, a percepção em relação a esse cuidado de enfermagem, os significados atribuídos por eles a esta experiência	1. Fenomenologia (MerleauPonty) 2. Não menciona 3. Enfermeiros 4. Hospital de ensino e um hospital privado de São Paulo 5. Enfermeiros estar em contato e realizar os cuidados ao potencial doador. 6. 18 enfermeiros 7. Entrevistas (não específica) 8. Não menciona 9 Análise ideográfica 10. TCLE	- Revelam que o cuidado realizado é extremamente técnico e não há vínculo entre os profissionais e as famílias dos potenciais doadores. - Vivem dilemas éticos, sofrem por terem por objetivo o consentimento da família e secundamente a preocupação com os potenciais doadores e famílias. - Reafirmar a sua sensibilidade para com a dor do outro e da necessidade de humanizar o cuidar.	Criar grupos de apoio para os enfermeiros também seria uma oportunidade para eles expressar suas angústias e dificuldades e trocar experiências com seus colegas de trabalho.
15	Sadala; Lorençon;	Brasil	Revelar os significados que eles atribuem ao	1.Fenomenologia (MerleauPonty)	- Falta de preparo dos profissionais para abordagem	Não menciona

	Cercal; Schelp (2006)		cuidado à doadores de órgãos.	<ol style="list-style-type: none"> 2. Não menciona 3. Médicos 4. UTI de um hospital no interior de São Paulo 5. Prestando cuidados aos doadores de órgãos no hospital 6. 10 médicos 7. Entrevistas (não especifica) 8. Não menciona 9. Análise ideográfica 10. Não menciona 	<p>familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de confiança no processo de doação. 	
16	Sanner (2007)	Suécia	<p>Explorar as experiências de médicos de cuidados intensivos e parentes próximos de potenciais doadores.</p> <p>Entender como acontece o processo de doação.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não menciona 2. Não menciona 3. Médicos 4. UTI 5. Não menciona 6. Vinte 7. Entrevistas abertas 8. Não menciona 9. Não menciona 10. CEP 	<ul style="list-style-type: none"> - Revelam o pedido de doação de órgãos ser estressante, pois exigente determinação, concentração e tempo. - Ressaltaram a importância de parentes serem convencidos de que tudo foi feito para salvar o paciente em primeiro lugar e não obter órgãos. - Não saber lidar com a família gera medo de aumentar a angústia. - Há sobrecarga de trabalho o que pode influenciar no consentimento. 	Não menciona
17	Meyer; Bjork (2008)	Noruega	<p>Mapear e investigar a educação hospitalar em doação de órgãos para enfermeiros de cuidados intensivos em hospitais doadores noruegueses.</p> <p>Extrair as necessidades dos enfermeiros de cuidados intensivos quanto ao conhecimento para tal atuação.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Não menciona 2. Não menciona 3. Enfermeiros 4. Dois hospitais universitários e um hospital menor. 5. Enfermeiros de cuidados intensivos certificados e com experiência em pelo menos um processo de doação de órgãos. 6. Seis enfermeiras 7. Entrevista semi- 	<ul style="list-style-type: none"> - Revelam ser essencial as habilidades em satisfazer as necessidades dos familiares de informação e comunicação. - Educação sistemática e repetida é necessária. - Enfermeiros mencionam serem altamente responsabilizados para o cuidado a família. - Relatam dilemas éticos no processo, não sentem-se 	<p>Implementação de protocolos de comunicação.</p> <p>Formação de grupos para compartilhar os conhecimentos e experiências para fortalecer a competência pessoal dos enfermeiros.</p>

				<p>estruturada em grupos focais</p> <p>8. Não menciona</p> <p>9. Não menciona</p> <p>10. Não menciona</p>	<p>honestos com as famílias ao desempenharem seu papel profissional</p>	
18	Oroy; Stromskag; Gjengedal (2014)	Noruega	<p>Explorar as experiências éticas sobre a interação dos profissionais com pacientes críticos e suas famílias.</p>	<p>1. Fenomenologia hermenêutica (não específica)</p> <p>2. Não menciona</p> <p>3. Profissionais de Saúde</p> <p>4. Duas UTIs em um hospital universitário norueguês</p> <p>5. Não menciona</p> <p>6. 32 profissionais</p> <p>7. Entrevista em profundidade e observação</p> <p>8. Não menciona</p> <p>9. Análise temática</p> <p>10. CEP</p>	<p>- Enfermeiros revelam serem desafiados quanto a ética.</p> <p>- Desafios morais são vivenciados. Sentem-se desonestos com a família, realizam exames e procedimentos sem o conhecimento da família sobre o real estado de saúde do paciente.</p> <p>A prestação de cuidados a família é vista como um desafio.</p> <p>- Sentem dificuldade em abordar a família.</p>	<p>Não mencionam</p>
19	Barbara L Neades, (2009)	Reino Unido	<p>Explorar as experiências vividas desses profissionais</p>	<p>1. Fenomenologia hermenêutica (não específica)</p> <p>2. Não menciona</p> <p>3. Médicos e enfermeiros</p> <p>4. Não menciona</p> <p>5. Não menciona</p> <p>6. Não menciona</p> <p>7. Entrevistas questionárias e semi-estruturadas</p> <p>8. Nvivo</p> <p>9. Análise fenomenológica baseado na hermenêutica</p> <p>10. CEP</p>	<p>- Expressaram a opinião de que não havia formal a preparação sobre este aspecto do seu papel era problemática e que eles viam uma necessidade de educação sobre sua</p> <p>- Revelam que o enfermeiro exerce papel fundamental no esclarecimento de informações e empoderamento das famílias para o consentimento.</p> <p>- Revelam a necessidade de preparo anterior a entrevista para uma melhor abordagem familiar</p>	<p>Preparação da equipe profissional para fornecer informações apropriadas e apoiar as famílias a fim de facilitar a confiança e o envolvimento dos membros da família no processo de tomada de decisão de doação de órgãos.</p>

Apêndice B – Instrumento para coleta de dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO



Projeto: Processo de doação, captação e transplante de órgãos na perspectiva dos trabalhadores em saúde: um estudo qualitativo no Rio Grande do Sul

Coordenador: Prof^ª. Dra. Juliana G. V. Zillmer

INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA

Como tem sido realizada a abordagem da família na unidade?

Como ocorre o acompanhamento da família durante o processo de doação, na captação e posterior a retirada dos órgãos e ou córneas?

Como ocorre a capacitação para a abordagem da família?

Em sua opinião, qual seria a melhor forma de agir diante da abordagem da família?

Existe diálogo entre os profissionais de saúde da CIHDOTTs? Por quê?

Quando e em que situação o diálogo entre a equipe de profissionais de saúde é mais importante?

Que dificuldades enfrentam quando realizam a abordagem da família para a doação?

Um dos motivos para não ocorrer a doação, e a recusa da família em doar, o que você acredita que influencie esta recusa?

Que motivos são descritos pelas famílias para não doar?

Que apoio a família recebe pela instituição antes, durante e após a doação de órgãos e tecidos?

Anexos

Anexo A - Parecer Comitê de Ética e Pesquisa

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O processo de doação, captação e transplante de órgãos na perspectiva dos trabalhadores em saúde: um estudo qualitativo no Rio Grande do Sul

Pesquisador: Juliana Graciela Vestena Zillmer

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65492416.0.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.955.142

Apresentação do Projeto:

O transplante de órgãos é apresentado, com frequência, como um dos maiores avanços obtido pela medicina moderna. Também é considerado como a melhor opção de tratamento das enfermidades crônicas e redução de custos aos sistemas de saúde. Diante deste cenário, o tema de doação e transplante de órgãos e tecidos é objeto de crescente atenção, especialmente, quando se refere à implementação desta política pública, tomando em consideração os atores sociais envolvidos ao tema. Entretanto, constata-se que poucos são os estudos qualitativos, os quais buscam explorar as perspectivas dos trabalhadores em saúde envolvidos neste processo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Explorar as perspectivas e práticas dos trabalhadores em saúde sobre o processo de doação, captação e transplante de órgãos em hospitais na região sul do Rio Grande do Sul

Objetivo Secundário:

- Conhecer as crenças e as práticas dos trabalhadores em saúde acerca da doação e transplantes de órgãos e tecidos.
- Conhecer as experiências dos trabalhadores em saúde no decorrer do processo de doação,

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301

Bairro: Centro

CEP: 96.020-360

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.tamed@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.955.142

captação, assim como a realização dos transplantes.

- Conhecer as propostas dos trabalhadores em saúde para melhorar e impulsionar o processo de doação, captação, e transplante no contexto brasileiro.

- Analisar as perspectivas dos trabalhadores em saúde, sobre o que pensam e fazem, quanto ao processo de doação-transplante de órgãos e tecidos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento doloroso ou coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos. Entretanto, em algum momento, pode ser incômodo falar sobre suas experiências e crenças, por isso, ao sentir-se desconfortável terá a liberdade de encerrar e desistir da entrevista sem prejuízo algum.

Benefícios:

Os benefícios por sua participação será a troca de conhecimentos entre o (a) participante e o (a) pesquisador (a), reflexão sobre o tema frente suas atividades e processo de trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Utilizar-se-á uma abordagem qualitativa, com desenho etnográfico, a partir de uma perspectiva crítico-interpretativa. Esta estratégia permitirá dialogar, aprofundar e problematizar este tema com trabalhadores, que no dia a dia lidam com o processo e o influenciam, ampliando a discussão ao considerar o atual contexto sanitário, social e político. Os dados serão coletados por meio de entrevistas com trabalhadores em saúde divididos em seis grupos. Como técnicas de coleta serão utilizadas a entrevista em profundidade e a observação. Os dados oriundos das entrevistas e observação serão organizados e gerenciados pelo software Ethnograph v6, e posteriormente analisados utilizando a análise crítico do discurso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Recomendações:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301

Bairro: Centro

CEP: 96.020-360

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.tamed@gmail.com

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



Continuação do Parecer: 1.955.142

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_788924.pdf	25/09/2016 19:44:44		Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	25/09/2016 19:41:25	Juliana Graciela Vestena Zillmer	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	17/09/2016 11:49:43	Juliana Graciela Vestena Zillmer	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	17/09/2016 11:45:59	Juliana Graciela Vestena Zillmer	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaanuenciantacasa.pdf	17/09/2016 11:42:05	Juliana Graciela Vestena Zillmer	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaanuenciabene.pdf	17/09/2016 11:41:23	Juliana Graciela Vestena Zillmer	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaanuenciahsfp.pdf	17/09/2016 11:40:49	Juliana Graciela Vestena Zillmer	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaanuenciahe.pdf	17/09/2016 11:40:14	Juliana Graciela Vestena Zillmer	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	17/09/2016 11:37:41	Juliana Graciela Vestena Zillmer	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/09/2016 11:36:33	Juliana Graciela Vestena Zillmer	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 08 de Março de 2017

Assinado por:
Patricia Abrantes Duval
(Coordenador)

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301

Bairro: Centro

CEP: 96.020-360

UF: RS **Município:** PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: ccp.famed@gmail.com

Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Vimos, respeitosamente, por meio do presente documento, convidá-lo a participar da pesquisa intitulada "O processo de doação, captação e transplante de órgãos na perspectiva dos trabalhadores em saúde: um estudo qualitativo no Rio Grande do Sul". Esta pesquisa tem como objetivo explorar as perspectivas e práticas dos trabalhadores em saúde sobre o processo de doação, captação e transplante de órgãos em hospitais na região sul do Rio Grande do Sul.

Procedimentos: Serão realizadas entrevistas e observação com os trabalhadores em saúde. Os resultados serão utilizados para o trabalho de conclusão de curso, e ainda em eventos científicos e ou revistas, e estarão à sua disposição sempre que solicitar.

Riscos: O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento doloroso ou coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos. Entretanto, em algum momento, pode ser incômodo falar sobre suas experiências e crenças, por isso, ao sentir-se desconfortável terá a liberdade de encerrar e desistir da entrevista sem prejuízo algum.

Benefícios: os benefícios por sua participação será a troca de conhecimentos entre o (a) participante e o (a) pesquisador (a), reflexão sobre o tema frente suas atividades e processo de trabalho.

Participação Voluntária: sua participação neste estudo será voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento, se assim o desejar, sem que isso lhe traga prejuízo algum.

Confidencialidade: sua identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. Sendo que os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e usados exclusivamente para fins científicos.

Consentimento: pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos riscos e benefícios da pesquisa. Os pesquisadores responderam todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação e entendimento. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário de Termo Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim em duas vias ficando uma em meu poder e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar a Professora Pesquisadora Juliana Graciela Vestena Zillmer no telefone (53) 9927 1980 e ou e-mail: juzillmer@gmail.com.

Ciente disto, eu _____ aceito e concordo em participar desta pesquisa.

Pelotas, ___ de _____ de 201_.

Nome do(a) pesquisador(a)

Participante da pesquisa