

Percepção do enfermeiro da Organização de Procura de Órgãos (OPO) sobre a humanização do processo de captação de órgãos para transplante*

Organ Procurement Organizations' Nurses Perception of humanization of the process of obtaining organs for transplant

Percepción del enfermero de organizaciones de captación de órganos sobre la humanización del proceso de captación de órganos para transplante

*Adriana Aparecida de Faria Lima***

*Maria Júlia Paes da Silva****

*Luciane Lúcio Pereira*****

RESUMO: O objetivo deste estudo foi identificar as estratégias que os enfermeiros de captação de órgãos têm utilizado para humanizar a relação entre profissional, família e potencial doador de órgãos. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Foram realizadas 10 entrevistas semi-estruturadas, gravadas em fita cassete, sendo os dados analisados a partir da análise dos discursos. Emergiram duas categorias: Dando assistência integral ao doador e Dando assistência integral à família. Os enfermeiros consideram que humanizar o cuidado ao doador é oferecer uma assistência integral, sendo esta focada no cuidado mecânico do corpo que permite à família recebê-lo condignamente; e com a família são citadas várias estratégias que podem humanizar o processo, como: informações e esclarecimentos contínuos, liberar as visitas, agilizar o processo de doação, dar continuidade a assistência à família após a doação e continuar cuidando do corpo do doador após a doação. O estudo evidenciou que há grande preocupação por parte dos enfermeiros em humanizar a relação interpessoal com os familiares por compreenderem que se trata de uma situação de grande pesar e dor e ao criticar o processo de doação, assumem ser difícil, muitas vezes, ancorar todas essas estratégias apontadas.

DESCRIPTORIOS: Humanização da Assistência; Obtenção de Tecidos e Órgãos; Bioética

ABSTRACT: The objective of this study was to identify the strategies used by nurses of organ procurement programs to humanize relations between the professionals, the family and potential organs donors. This was a descriptive research using a qualitative approach. Ten (10) semi-structured interviews were performed and tape-recorded, and data received analyzed were according discourse analysis principles. Two categories emerged: Providing total assistance to the donor and Providing total assistance to the family. Nurses takes humanizing donor care as offering total assistance to them, with a focus on the mechanical care for the body, allowing families to receive them with dignity; and regarding the family various strategies are cited that can humanize the process, such as continually offering information and explanations, allowing visits, speeding up the donation process, continuing to provide assistance to the family after the donation and also by continuing to care for the donors body after the donation. This study revealed a great concern nurses have regarding humanizing interpersonal relations with families as they understand this is a difficult and painful situation for them, and when they criticize the donation process they recognize how difficult it is to concretely use all the pointed strategies.

KEYWORDS: Humanization of Assistance; Tissue and Organ Procurement; Bioethics

RESUMEN: El objetivo de este estudio fue identificar las estrategias que los enfermeros de organizaciones de captación de órganos utilizan para humanizar la relación entre el profesional, la familia y el potencial donador de órganos. Se trata de una investigación descriptiva con abordaje cualitativo. Fueron realizadas 10 entrevistas medio-estructuradas, grabadas en casete audio, y los datos examinados a partir del análisis del discurso. Surgieron dos categorías: Dar asistencia integral al donador y Dar asistencia integral a la familia. Los enfermeros consideran que humanizar el cuidado al donador es ofrecer una asistencia integral centrada en el cuidado mecánico del cuerpo que permite que la familia lo reciba condignamente; y respecto la familia son citadas varias estrategias que pueden humanizar el proceso como por ejemplo darle informaciones y aclaraciones continuas, permitir libres visitas, agilizar el proceso de donación, dar continuidad a la asistencia a la familia tras la donación y seguir cuidando del cuerpo del donador tras el acto de donación. El estudio evidenció que hay una gran preocupación por parte de los enfermeros en humanizar la relación interpersonal con los familiares porque comprenden que se trata de una situación de gran pesar y dolor, y al criticar el proceso de donación, consideran difícil, muchas veces, concretar todas esas estrategias apuntadas.

PALABRAS-LLAVE: Humanización de la Atención; Obtencción de Tejidos y Órganos; Bioética

* Este artigo é parte da Dissertação de Mestrado em Bioética — Centro Universitário São Camilo intitulada “Sofrimento e contradição: o significado da morte, do morrer e da humanização para enfermeiros que trabalham no processo de doação de órgãos para transplante”. *E-mail: alima@scamilo.edu.br*

** Mestranda em Bioética do Centro Universitário São Camilo. Enfermeira e Docente.

*** Professora titular do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

**** Pró-Reitora acadêmica do Centro Universitário São Camilo.

Introdução

Este estudo faz parte da dissertação que analisou o discurso dos enfermeiros da OPO (Organização de Procura de Órgãos) sobre o significado do morrer e do processo de humanização na captação de órgãos para transplantes. Neste artigo será apresentado o resultado relacionado à compreensão, por parte dos enfermeiros, das estratégias para a promoção da humanização na doação de órgãos.

O termo "humanização" vem sendo amplamente utilizado no âmbito da saúde, sobretudo no que se refere à forma como está sendo tratada a pessoa doente ou seu processo de morte nos centros hospitalares. Humanizar o cuidar é dar qualidade à relação do profissional da saúde e paciente. É acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade do corpo, mente e espírito (Pessini et al, 2003).

O valor fundamental da humanização reside na percepção da dignidade da pessoa humana. No entanto, no âmbito hospitalar essa prerrogativa não é fácil de ser assegurada, pois os valores dos profissionais podem ir de encontro aos das pessoas que estão recebendo o cuidado, porque não respeitam a autonomia e o suprimento da dor (Lepargneur, 2004).

A humanização da saúde pressupõe:

"considerar a essência do ser, o respeito da individualidade e a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o humano das pessoas envolvidas. O pressuposto subjacente em todo processo de atendimento humanizado é o de facilitar a pessoa vulnerabilizada a enfrentar positivamente seus desafios" (Pessini et al, 2003).

A ética é uma dimensão fundamental na busca da humanização, pois está preocupada com valores e

normas que orientam o comportamento, com direitos e deveres. Dessa forma, a ética preocupa-se com o como as coisas podem e devem ser (Martin, 2003). Humanizar o cuidar é por essência uma ação ética, pois toda atitude deverá estar norteada pela reflexão. O profissional precisará analisar o contexto, os valores e princípios da pessoa a quem está promovendo o cuidado.

Perante um cotidiano desafiador, no qual nos defrontamos com situações indesejáveis de indiferença, a solidariedade é o primeiro referencial que os profissionais necessitam para promover um cuidado humanizado (Pessini et al, 2003).

A pessoa humana deve ser considerada em primeiro lugar. Na relação entre paciente e profissional da saúde, as conquistas científicas e econômicas devem estar subordinadas aos interesses da pessoa. Fatores importantes como à dignidade da pessoa, sua liberdade e seu bem-estar devem ser ponderados na relação. "O científico e o econômico devem estar a serviço do ser humano e não o ser humano a serviço da ciência e da economia" (Martin, 2003).

Humanizar é dar qualidade à relação entre profissional e pacientes (Pessini et al., 2003). E para isso a comunicação é o principal instrumento para concretizar a relação humana. No momento em que se relaciona com uma pessoa, a comunicação verbal e não-verbal pode e deve ser usada para efetivar a interação.

A comunicação adequada pressupõe termos a informação e o domínio sobre o que queremos comunicar, a clareza da nossa intenção, da emoção envolvida na relação do que se pretende quando nos aproximamos do cliente ou paciente (Silva, 2002).

A comunicação verbal é estabelecida por intermédio de palavras expressas ou escritas, e a não-verbal

por meio de gestos, expressões faciais, tom de voz, silêncio, postura corporal, expressão de emoções, entre outros. Ou seja, os sinais não-verbais podem ser classificados em: paralinguagem, cinésica, proxêmica, tacésica, características físicas e fatores ambientais (Silva, 1996).

Para que haja uma comunicação efetiva, a comunicação verbal deve estar coerente com a não-verbal, que tem por finalidade complementar, contradizer, substituir a comunicação verbal, ou ainda, demonstrar sentimentos (Silva, 1996; Silva, 2002).

Humanizar o cuidar é resgatar a dignidade que existe em cada ser humano, e para sua efetivação a comunicação verbal e não-verbal têm um papel determinante, possibilitando assegurar o respeito e a singularidade de cada ser humano nas relações interpessoais.

Um dos grandes desafios para o profissional de captação de órgãos é estar atento a situações de conflito e não desumanizar o cuidado com o doador e ao se relacionar com os familiares.

O processo de doação de órgãos é complexo, e o enfermeiro tem aí um papel determinante, sendo o responsável por realizar a avaliação clínica do potencial doador e orientar ou promover a manutenção hemodinâmica deste. Mediante a confirmação do diagnóstico de Morte Encefálica (ME), após o médico responsável ter esclarecido a família sobre a irreversibilidade do quadro clínico, solicita a doação de órgãos e tecidos. Caso a família aceite a doação, providencia a realização de exame complementar; após todos os exames e preenchimentos dos documentos, notifica a Central de Notificação e Captação de Órgãos (CNCDO) que iniciará a distribuição dos órgãos que foram doados, conforme o cadastro técnico único. Em seguida é marcado um horário para extração dos órgãos e tecidos

pelas equipes transplantadoras. Após a retirada, o cadáver é condignamente recomposto e entregue a seus familiares, para sepultamento. Nos casos de morte violenta, diante da suspeita de crime, o encaminhamento do corpo ao Instituto Médico Legal (IML) é obrigatório para ser necropsiado, acompanhado de toda documentação da doação (Santos, 2004).

A entrevista familiar é um dos momentos mais difíceis para o enfermeiro de captação, pois faz com que tenha contato com o sofrimento humano, com a perda e as reações decorrentes dela. Ao entrevistar o familiar do potencial doador, o profissional, que tem por objetivo solicitar a doação, vê-se diante do dilema entre respeitar a dor da família e, apesar da dor, solicitar a doação dos órgãos e tecidos. Situação geradora de grande conflito interno. Levando mesmo ao questionamento por parte do enfermeiro se está tendo uma atitude correta.

Em um primeiro momento, os familiares apresentam uma expectativa esperançosa com relação ao prognóstico do paciente, e isso dificulta a aceitação da morte e por consequência, a doação.

Atualmente tem-se o conceito de morte biológica relacionada à parada respiratória, cardíaca e/ou à perda da função encefálica. O diagnóstico de morte encefálica determinado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), expresso na Resolução nº 1480 de 1997, determina os critérios de avaliação para diagnosticar o quadro de morte encefálica, definida como a cessação irreversível de todas as funções do cérebro, inclusive do tronco encefálico. É importante ressaltar que para alguns autores a morte é um processo, e não um evento, portanto não pode ser determinada como ocorrida em determinado momento (Santos, 1998).

Kyes e Hofling (1985) descrevem os quatro aspectos da morte: a morte sociológica, a morte psíquica, a morte biológica e a morte fisiológica. A morte sociológica é a separação emocional do paciente das figuras importantes de sua vida, a morte psíquica é a aceitação da morte iminente pelo paciente, a morte biológica é o ponto em que o ser humano deixa de existir como um todo atuante (morte da mente), e a morte fisiológica é o ponto em que a função dos sistemas orgânicos cessa.

Apoiada nesse referencial, a morte encefálica remete à morte psíquica e biológica, porém a fisiológica ainda se mantém e a sociológica é determinada pelos familiares. Dessa forma, os familiares o vêem como pessoa, não somente como um corpo.

O termo “humano” apresenta dois sentidos diversos. O primeiro, o biológico, que pode ser substituído pela expressão “membro da espécie *Homo Sapiens*”, expressão pouco flexível, porém exata; ao passo que para o segundo sentido o termo pode ser trocado por pessoa (Singer, 2002).

Em nome do Comitê Consultivo Nacional de Ética (CCNE) na França, Sève faz a distinção entre a pessoa de fato e de direito, sendo a de fato o ser concreto de carne e sangue, de olhar e palavra, sensibilidade e querer, razão e liberdade. Considera que se um desses traços estiver ausente não é pessoa de fato. Já a pessoa de direito existe porque há uma outra que a reconhece como tal. Assim, ela própria afirma-se, nesse reconhecimento à pessoa que é, por conseguinte, determinada por outra (Durand, 2003).

Pode-se concluir que o paciente em morte encefálica é considerado como ser humano e não pessoa, contudo sua dignidade está preservada por ser membro da espécie *Homo Sapiens*. Mas ao observar as

relações humanas, o doador de órgãos é considerado como pessoa por seus familiares, pois ele tem uma biografia e seu corpo é a significação da pessoa.

Fazer com que o processo de doação de órgãos para transplante seja humanizado é um grande desafio diante da complexidade de significados perante a finitude e a possibilidade de vida gerada pelo ato de doar.

Neste estudo, objetivou-se identificar as estratégias que os enfermeiros de captação de órgãos têm utilizado para humanizar a relação com a família e potencial doador de órgãos.

Trajectoria metodológica

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, realizada com dez enfermeiros que atuam na área de captação de órgãos para transplante.

Definiu-se como local de pesquisa duas Organizações de Procura de Órgãos (OPOs) do município de São Paulo, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Esses locais foram selecionados por congregarem profissionais enfermeiros com jornada de trabalho exclusiva no processo de captação de órgãos. Outras duas OPOs do município de São Paulo foram excluídas do estudo por não atenderem a esse critério preestabelecido.

Os dez enfermeiros participantes do estudo trabalhavam há mais de um ano nas OPOs, e foram entrevistados por atuarem em todo processo de captação de órgãos para transplante (desde a identificação do potencial doador até a liberação do corpo deste para sepultamento), além de aceitarem colaborar.

O protocolo de pesquisa foi inicialmente submetido à apreciação

dos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições escolhidas, obtendo aprovação de ambos. A entrevista semi-estruturada foi utilizada como instrumento de coleta de dados, e sua operacionalização ocorreu por meio de um contato telefônico para apresentação da proposta e agendamento de data e horário para explicação de seu objetivo e procedimento.

Antes da entrevista foi apresentada a proposta de estudo, bem como os riscos, benefícios e procedimentos inerentes. Foi garantido ao entrevistado o anonimato das informações coletadas, e após esclarecimento das dúvidas realizou-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) seguida da assinatura do mesmo, passando-se então à entrevista propriamente dita.

As entrevistas foram realizadas em local privativo, conforme escolha do entrevistado. O local selecionado proporcionou maior privacidade e concentração para pesquisadora e entrevistado. As entrevistas foram gravadas em fita cassete, sendo previamente consentida a gravação pelo entrevistado. Foi utilizada a seguinte questão norteadora: *É possível humanizar o cuidado ao paciente em morte encefálica e sua família? Como?*

Imediatamente após a entrevista, a pesquisadora anotou os sinais não-verbais (paraverbais e cinésicos). Os sinais paraverbais (qualquer som produzido pelo aparelho fonador, que não faça parte do sistema sonoro da língua usada) e cinésicos (linguagem do corpo) observados durante a entrevista. O objetivo desse registro foi fornecer informações que pudessem complementar o discurso.

A coleta de dados durou aproximadamente um mês em cada OPO. O tempo de duração de entrevista individual ficou em torno de trinta minutos, sendo que hou-

ve entrevistas que duraram de 25 a sessenta minutos.

A análise dos resultados das entrevistas foi realizada segundo a proposta de Análise de Conteúdo, considerando:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, [...] inferência esta que recorre a indicadores quantitativos ou não. (Bardin, 1977)

O autor propõe três fases para a categorização das falas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos pela inferência e interpretação. A pré-análise é a fase de organização do material, a sistematização da descrição dos dados coletados e a realização da leitura flutuante (Bardin, 1977).

Alguns autores relatam que os critérios mais empregados na construção da categorização dos dados são os de repetição e de relevância. A repetição busca identificar no discurso observações recorrentes, ou seja, aquilo que cada discurso tem em comum com os outros. O critério de relevância considera um ponto falado sem que necessariamente tenha apresentado repetição no conjunto do material coletado (Turato, 2003). Neste estudo, a unidade de registro foi construída baseada no tema; ou seja, para construir a categoria, utilizou-se a repetição de elementos significativos contextualizando a mesma idéia.

A última etapa da análise de conteúdo compreende o tratamento dos resultados que propõem a inferência e a interpretação do conteúdo do discurso. Portanto, para analisar o discurso dos sujeitos, utilizaram-se referenciais teóricos que permitissem a dedução e esclarecimento das questões apresentadas.

Em alguns momentos se descreveu o contexto da captação de órgãos para esclarecer o discurso.

Resultados e análise dos dados

Obteve-se como resultados as categorias “Dando assistência integral ao doador” e “Dando assistência integral à família”.

Categoria 1 — Dando assistência integral ao doador

Os entrevistados consideram que propiciar assistência integral ao doador é uma forma de humanizar. Compreendem que a assistência integral consiste em oferecer todos os cuidados de higiene por parte da enfermagem, garantindo que seu corpo esteja bem cuidado. Entendem que esse cuidado deve ser dado ao doador por causa da família. Há uma idéia que se destaca somente de uma das entrevistadas, ao considerar que humanizar implica manter uma relação de proximidade com o doador, até mesmo, solicitando a permissão para manipular seu corpo.

Humanizar é você dar um tratamento digno para o paciente. Cuidados primários da enfermagem (banho, aparência física, tricotomia). Esses cuidados de enfermagem de um paciente comum, inicialmente, você dando um cuidado de enfermagem adequado. Acho que a família encontrando um paciente limpo e organizado no leito, com uma aparência adequada... Eu acho que isso contribui muito. (E3)

Eu rezo, enquanto estou preparando o corpo do doador, eu agradeço. Acho que desde o início do processo, ao chegar perto da criança que eu falei agora pouco. Eu toco nele e digo que se esse é o destino dele, que se cumpra da maneira mais tranqüila do que for possível. Peço

licença e permissão para que eu possa realmente estar invadindo, fazendo o possível para torná-lo um doador. E se essa realmente for a vontade dele [...] que me ajude, me ajude na coleta do sangue, a falar com a família dele, para que eles possam entender adequadamente, sofrer menos e tornar possível sua vontade. Quando eu terminei, se não deu tudo certo, se nenhum [dos] órgãos foi realmente aproveitado; infelizmente, desculpe por ter invadido, mas fizemos o possível, e espero que Deus entenda e veja [...] ele como uma pessoa importante, como tudo que foi feito aqui nessa Terra. (E6)

Todos os enfermeiros que atuam na captação de órgãos consideram possível humanizar o processo de doação. Mas nesse processo visualizam ações desumanizantes, como por exemplo a situação precária em que se encontra o sistema de saúde e a falta de condições para oferecer um atendimento adequado ao potencial doador de órgãos. Reconhecem que quando há um doador envolvido na mídia, a doação acontece de forma rápida, ao passo que se for um doador anônimo, nada funciona para agilizar o processo. Apontam para a falta de conscientização dos profissionais, por não visualizar que o paciente em morte encefálica pode ajudar outras pessoas, na qualidade de potencial doador de órgãos e tecidos. Percebem que o profissional, ao desempenhar seu papel de captador, é classificado com adjetivos que desprestigiam sua ação, sentindo-se desrespeitados em seu fazer.

Os entrevistados consideram que para humanizar o processo de doação com relação ao doador de órgãos, se deve promover o cuidado “integral” por parte da equipe de enfermagem e médica, que consiste em oferecer cuidados de higiene, confor-

to e propedêutica, que possibilitem a homeostase orgânica. Esse cuidado faz-se necessário, pois estará agradando aos familiares que irão vê-lo.

O cuidado profissional apresenta-se como uma prática complexa, como complexa é a natureza do ser, das relações que estabelece e do viver em sociedade. Acrescenta que os valores éticos, políticos e sociais confluem para os valores profissionais do cuidado, tornando-o essencialmente humano (Silva, 2000).

Considerando que as ações da humanização envolvem um vínculo subjetivo, entre quem cuida e quem é cuidado (Baraúna, 2003), pode-se inferir que há uma maior valorização no cuidado com o corpo, na tentativa de preservar-se, pois se o enfermeiro começar a cuidar da dimensão ontológica do doador, provavelmente terá dificuldade em colaborar com a retirada dos órgãos.

Estudo anterior revela que as enfermeiras de UTI, ao cuidarem do doador de órgãos, expressavam sentimentos ambíguos e contraditórios — ou a negação dos sentimentos, ou sentimentos relativos não ao doador, não à pessoa, mas aos familiares (Sadala et al, 1996). Descrevem que:

A ambigüidade sempre presente nas descrições expressa a impossibilidade de sentimentos pelo doador — que não existe mais. Ele é humano, deve ser tratado como humano, mas ao mesmo tempo não é possível percebê-lo assim. Não há referência de sua humanidade. Está ali apenas um corpo físico, com sinais fisiológicos, dados descritivos etc. [...] Em momento algum é possível comunicar-se com ele, receber esses sinais de humanidade. Ele chegou sem esses sinais. (Sadala et al, 1996)

A morte encefálica põe fim à dimensão psico-socioespíritual da

pessoa; assim, resta ao enfermeiro atentar para o cuidado biológico do corpo.

Por outro prisma pode-se pensar na possibilidade do profissional centrar o cuidado no corpo para não refletir sobre as questões da finitude humana, afastando-se da dimensão total que o doador representa para preservar-se de sentimentos “desagradáveis”. Na tentativa de não sofrerem ao defrontar-se com a morte de fato e o sofrimento da família utilizam estratégias para se preservar, tais como: negação da morte do doador e cuidar do doador como se estivesse vivo: denominam-se “frios” para não vivenciar a finitude do outro. Fazendo do doador um instrumento de trabalho.

Um dos entrevistados apresenta uma dimensão maior na interação com o doador. Seu discurso revela que o enfermeiro mantém contato com o doador, conversando a respeito de tudo que está acontecendo e pedindo permissão para manipular o corpo. Provavelmente em razão de sua crença espiritual, entenda que o corpo é a representação visível da pessoa, e que há algo além dessa dimensão que o faz interagir com o doador.

O mesmo estudo também evidenciou que algumas enfermeiras de UTI procuravam transcender a limitação do corpo inanimado e dos órgãos-objeto. Vão procurar no corpo inanimado o que possa ter ficado de humanidade: “algumas espiritualistas, supõem que ali ainda haja uma forma de receptividade humana, outras, podem pensar na família e no diálogo com os familiares” (Sadala et al, 1996).

A maioria dos enfermeiros destaca que humanizar é oferecer uma assistência “integral”, porém, restrita aos cuidados de higiene do corpo, manutenção dos padrões fisiológicos e cuidados com a aparência.

Categoria 2 — Dando assistência integral à família

Todos os enfermeiros relatam ser possível humanizar a relação com os familiares no processo de doação de órgãos. Consideram que as formas de humanizar o processo são: oferecendo informações e esclarecendo dúvidas (relacionadas à condição do paciente, ao processo de doação, às formas de diagnosticar a morte encefálica, ao tempo do processo de doação); liberando as visitas, podendo a família estar com o doador quando quiser e quantas pessoas quiserem; agilizando o processo de doação e o tempo de cirurgia; acompanhando a família após assinatura do termo de doação e agilizando o processo de liberação do corpo do doador no IML; cuidando bem do corpo do doador, garantindo a reconstituição condigna do corpo do doador; respeitando a opinião dos familiares, mesmo diante da recusa à doação; e também destacam que o modo como os fatos são comunicados aos familiares pode humanizar a relação no processo de doação. Os profissionais destacam que a sinceridade e honestidade são instrumentos importantes nessa relação.

Você dando assistência a família, não a deixando sem resposta, não deixando esperar muito tempo, dando todas as informações, não dar informações erradas, não deixar que aconteça atraso na cirurgia e no tempo que será liberado o corpo. É isso, você dando uma assistência para a família, não deixar a família solta, sem informações, perdida, não podendo ver o paciente, sem informações médicas. (E3)

Humanizar é [...] acolher a família, liberar a visita todos os momentos. Acho que é uma situação especial, é morte, é perda e a família tem que estar o tempo todo ao lado de seu ente que-

rido. Aqui a visita é 24h, pode entrar quantas pessoas quiserem. Por isso que é uma unidade separada, juntamente para dar esse acolhimento para a família, para que possa ficar mais à vontade, para chorar, conversar entre si e poder se despedir de seu ente querido nesses últimos momentos. (E1)

[Agilizar] a liberação do corpo no IML, isso também é humanização. Nós sabemos que lá no IML, ele não vai receber a menor atenção, o que cada um de nós gostaríamos de receber. Deve ser tratado como único, e não um amontoado de corpos que vai entrar em uma fila para necropsia. (E6)

Me vem à cabeça [...] como a família vai ouvir que um ente querido faleceu. Se eles vão ouvir com dignidade, se eles vão ouvir com amor. Se a pessoa que vai falar com eles vai estar se importando realmente com isso. [...] Acho que eu escuto muito assim, o médico falar muito de uma forma muito brusca com a família, ou então, nem fala, foge, coloca um outro profissional para ir na frente, para falar. [...] Sabe que aquilo vai machucar, sabe que aquilo vai doer, então, que seja da melhor... da forma mais respeitosa possível. Acho que com dignidade eu quero dizer respeito. (E10)

O enfermeiro de captação apresenta várias formas que podem humanizar o processo de doação com relação aos familiares dos doadores. A informação é uma das principais estratégias referidas pelos entrevistados. O estudo de Vila e Rossi (2002) com profissionais de enfermagem de UTI corrobora com os dados apresentados neste estudo, pois identifica que humanizar significa manter a família informada e preparada para entrar na UTI.

Conforme o discurso, o enfermeiro considera importante manter a família bem informada de tudo que está ocorrendo com seu familiar no processo de doação, para minimizar a angústia da espera.

Na pesquisa desenvolvida por Casate e Corrêa (2005), por meio de um estudo bibliográfico que analisou 42 artigos que abordavam a humanização do atendimento em saúde e enfermagem, observa-se que a humanização estava relacionada a um modo de perceber o paciente no contexto dos serviços de saúde, ora visto como ser frágil e vulnerável, ora como sujeito de direito.

Por analogia, pode-se deduzir que os familiares no processo de doação de órgãos são percebidos como sujeitos de direito, embora reconheçam sua vulnerabilidade por estarem vivenciando a perda. Entretanto, o enfermeiro considera importante oferecer todas as informações sobre o processo de doação, minimizando as dúvidas e ainda respeitando a decisão dos familiares, mesmo que esta seja contra a doação, considerando que essas atitudes são humanizadoras na relação com a família.

Estar com a família do doador, na opinião dos enfermeiros, é uma experiência complexa e de enorme sofrimento. Inicialmente pela diversidade de reações que a família apresenta: revolta, dúvida, desconfiança e apatia. Reconhecem a delicadeza e o respeito necessário a este momento, de grande dor aos familiares, e sofrem por entender que nesta situação precisam desempenhar seu papel profissional, ainda que se questione quanto ao direito de causar mais dor aos familiares.

Na maioria das vezes, a notícia da morte encefálica é dada à família pelo médico que assiste o potencial doador. Mas o enfermeiro de captação, ao entrar em contato com os familiares posteriormente à notícia da morte encefálica, per-

cebe, pelas falas dos familiares, que a notícia foi dada de forma inadequada, chegando a ser desrespeitosa. Muitas vezes, os familiares não foram preparados para receber tal notícia, sendo feita de forma brusca e sem oferecer suporte após a informação. Portanto, a forma de se comunicar é essencial para promover a humanização na interação. Os discursos mostram que os enfermeiros estão atentos aos sinais não-verbais na relação com os familiares.

Na interação com os familiares, a comunicação passa a ser um instrumento que pode humanizar o momento de solicitação da doação, conforme referido pelo entrevistado: o “como falar”. Dessa forma, é importante atentar para os sinais não-verbais durante a entrevista.

Humanizar o processo de doação, conforme os discursos, passa também por agilizar o processo de doação, reduzindo seu tempo de espera. Os entrevistados ressaltam que humanizar envolve apressar o processo no IML, porém, na prática, isso não se verifica, conforme evidencia a pesquisa a seguir.

O estudo de Santos (2004) com familiares que autorizaram a doação de órgãos evidencia que a liberação do corpo do doador vítima de morte violenta no IML é um processo desgastante e demorado. Os familiares relatam que os trâmites e as informações são contraditórios no processo de liberação do corpo, causando-lhes transtornos aos familiares. Na situação de espera pela liberação do corpo sentem-se impotentes, o que lhes causa estresse, intensificado quando existe a possibilidade de atraso ou pressão dos demais membros da família. Alguns familiares entendem que a demora na liberação do corpo é normal e decorrente da burocracia existente.

Apesar de todo esforço dos enfermeiros para agilizar o processo de doação e liberação do corpo do doador, há familiares que consideram que o processo de doação é desorganizado, demorado, desgastante e cansativo, e que embora a situação vivenciada pela família seja muito sofrida e estressante, não há arrependimento quanto à doação de órgãos, havendo inclusive a crença de que se tivesse que viver novamente a situação, a família concordaria com a doação. (Santos, 2004).

Neste estudo, a comunicação não-verbal observada durante as entrevistas complementou a verbal, uma vez que os sinais não-verbais, como expressões faciais, olhares, tom de voz e postura corporal reforçaram o discurso dos enfermeiros.

Conclusões e considerações finais

Todos os enfermeiros entrevistados consideram ser possível humanizar o processo de captação de órgãos. A humanização se faz presente com relação ao doador ao oferecer uma assistência integral; e destaca-se que essa assistência está focada no cuidado mecânico do corpo. A maioria dos entrevistados manifesta que esse cuidado é oferecido em detrimento à família. Só um dos entrevistados admitiu cuidar do doador, considerando sua dimensão subjetiva.

Talvez seja possível inferir que, pelo fato de o enfermeiro não conseguir cuidar de uma pessoa na condição de morto, utiliza estratégias de distanciamento para se preservar, limitando sua intervenção.

Os entrevistados descreveram várias estratégias que possibilitam humanizar o processo de doação

de órgãos para transplante com relação ao familiar, sendo destacadas o oferecimento de informações e esclarecimentos, a liberação da visita, a agilização do processo de doação, a continuidade da assistência à família após a doação e a continuidade do cuidado do corpo do doador depois do consentimento.

Fica explícito portanto que, ao agilizar o processo de doação, a humanização para com a família é observada. O enfermeiro, porém, não consegue frequentemente, garantir essa prerrogativa, conforme fica evidenciado nas críticas ao sistema de doação. Assim, defronta-se com um conflito, pois o que acredita ser o melhor não pode ser assegurado no seu fazer.

Os enfermeiros também consideram importante acompanhar a família por todo processo de doação; contudo, observa-se na prática que os familiares não recebem um acompanhamento adequado quando o doador é encaminhado ao IML.

Este estudo aponta para a necessidade de adequações no processo de doação, promovendo a equidade no cuidado ao doador e a atenção para os dilemas decorrentes que a proposta de doar órgãos e tecidos provoca no profissional e nos familiares.

Será que solicitar a doação dos órgãos e tecidos à família de seu ente querido caracteriza uma situação desumanizadora, visto não haver respeito à dor e ao sofrimento dos familiares no momento de perda? Ou pode-se pensar que a proposta de doar geraria conforto aos familiares pela nobreza do ato diante da irreversibilidade da morte, sendo uma atitude de solidariedade para com uma outra pessoa que tem possibilidade de viver?

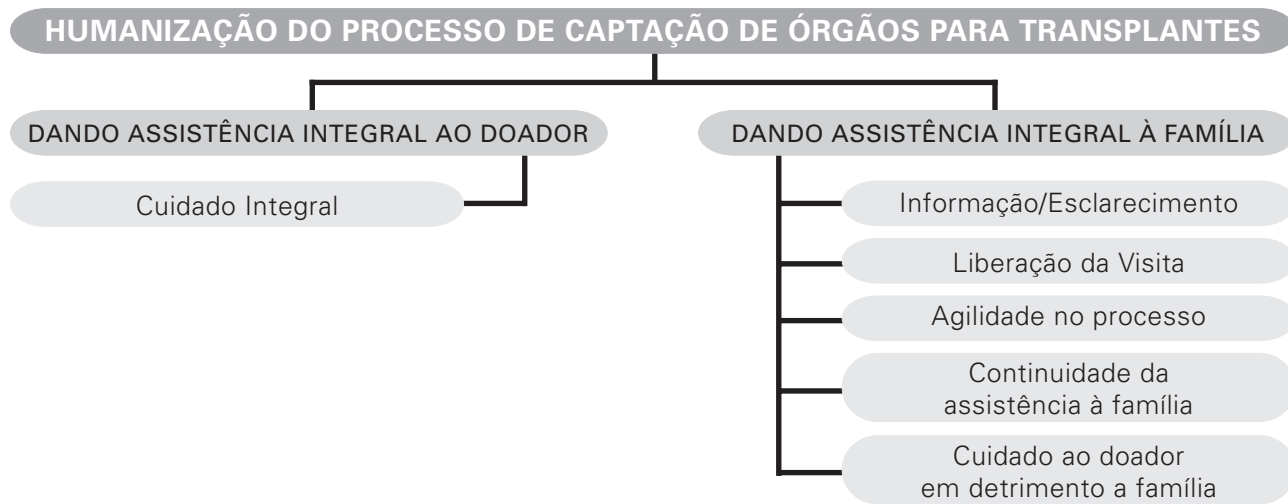


Figura 1. O significado da humanização no processo de captação de órgãos para transplantes. São Paulo, 2006.

REFERÊNCIAS

- Baraúna T. Humanizar a ação, para humanizar o ato de cuidar. *Mundo saúde* 2003; abr/jun 27(2).
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
- Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev latino-am enfermagem* 2005; jan/fev 13(1):105-111.
- Durand G. *Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos*. São Paulo: Loyola; 2003.
- Kyes JJ, Hofling CK. Morte e agonia. In: Kyes JJ, Hofling CK. *Conceitos básicos em enfermagem psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Discos CBS; 1985. cap.8, p.127-137.
- Lepargneur H. Procurando fundamentação para a humanização hospitalar. In: Pessini L, Bertachini L. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola; 2004.
- Martin LM. A ética e a humanização hospitalar. *Mundo saúde* 2003; 27(2):206-217.
- Pessini L, Pereira LL, Zaher VL, Silva MJP. Humanização em saúde: o resgate do ser com competência científica. *Mundo saúde* 2003; 27(2): 203-205.
- Sadala MLA, Mendes HWB, Cercal M, Angelon V. Os significados atribuídos ao cuidar de doadores por enfermeiras de UTI. *Rev Soc Cardiol Estado São Paulo* 1996; set/out 6(5):1-8.
- Santos MCC. Morte encefálica na lei de transplantes de órgãos: conceito médico-forense de morte. São Paulo: Oliveira Mendes; 1998.
- Santos MJ. *Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres*. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2004.
- Silva AL. A dimensão humana do cuidado em enfermagem. *Acta Paul Enf* 2000; 13(nº especial Pt1): 86-90.
- Silva MJP. *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Gente; 1996.
- Silva MJP. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Bioética* 2002; 10(2): 73-88.
- Singer P. *Vida ética: os melhores ensaios do mais polêmico filósofo da atualidade*. Rio de Janeiro: Ediouro; 2002. p.161-185, 214-232.
- Turato ER. *Tratado de metodologia de pesquisa clínico-quantitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes; 2003.
- Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. *Rev.Latino-am Enfermagem* 2002; mar/abr10(2):137-144.

Recebido em 27 de abril de 2006
Aprovado em 17 de maio de 2006