

ROBERSON GEOVANI CASARIN

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

Campo Grande
2017

ROBERSON GEOVANI CASARIN

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

Tese apresentada ao Programa de pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul para qualificação da obtenção do título de doutor.

Orientador: Prof. Dr. Petr Melnikov

Co-orientadora: Prof^a Dra. Maria Concepción Fernandez Villanueva

Campo Grande
2017

FOLHA DE APROVAÇÃO

ROBERSON GEOVANI CASARIN

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

Tese apresentada ao Programa de pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para qualificação da obtenção do título de doutor.

Resultado _____

Campo Grande – MS, ____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Petr Melnikov – Presidente

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Prof^a. Dr^a. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães

Universidade Católica Dom Bosco

Prof^a Dr^a Lourdes Zelia Zanoni

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Prof^a Dr^a Aby Jaine da Cruz Monte Moura

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Prof. Dr. Kleber Francisco Meneghel Varga

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, exemplo de perseverança e parceiros e apoiadores das minhas aventuras
estudantis

AGRADECIMENTOS

São tantos agradecimentos sinceros que terei que fazer, pois muitos me ajudaram a completar esse ciclo. Então vamos a eles:

- a Deus, pois sem Ele tenho certeza que teria parado na metade do caminho;
- aos meus amados pais, João e Ivone, que me apoiaram psicológica e financeiramente nesta empreitada, inclusive na minha ida para a Espanha, ponto final de minha pesquisa;
- ao meu companheiro, Arthur pelo carinho e força a mim dedicados, mas sobretudo, pela compreensão, pois sem dúvida ele foi quem mais teve que abdicar para que eu concluísse o doutorado;
- ao meu amado orientador Petr, que novamente me orientou com um brilhantismo próprio dele e com quem aprendi muito além do que está escrito neste trabalho;
- a minha co-orientadora, Maria Concepción Villanueva Fernandes, por ter me recebido e auxiliado substancialmente na Espanha;
- aos meus irmãos que me apoiaram incondicionalmente;
- aos queridos amigos Katuscia e Saú que me acolheram em seu lar quando das minhas viagens para Campo Grande;
- a minha analista Carla Serles, pois além de me guiar pelos caminhos do meu inconsciente também me auxiliou com a revisão profissional;
- aos amigos que participaram de alguma forma deste momento, sobretudo ao Jacques, amigo fiel e companheiro em vários momentos;
- à CET, Santa Casa e Hospital Regional por oportunizarem a realização da pesquisa;
- à CAPES pela bolsa cedida durante o tempo de estudos;
- ao Programa em Pós Graduação Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste, incluindo professores e especialmente seus funcionários, pela oportunidade de realizar o doutorado;
- à FAEMA, de forma especial à minha chefe e amiga, Carla Rambo, pelos malabarismos para conseguir que eu continuasse em seu quadro de funcionários.

Enfim, a todos e todas que de alguma forma colaboraram para que esta tese fosse realizada, muito obrigado!!!

É crua a vida. Alça de tripa e metal.
Nela despenco: pedra mórula ferida.
É crua e dura a vida. Como um naco de víbora.
Como-a no livor da língua
Tinta, lavo-te os antebraços, Vida, lavo-me
No estreito-pouco
Do meu corpo, lavo as vigas dos ossos, minha vida
Tua unha plúmbea, meu casaco *rosso*.
E perambulamos de coturno pela rua
Rubras, góticas, altas de corpo e copos.
A vida é crua. Faminta como o bico dos corvos.
E pode ser tão generosa e mítica: arroio, lágrima
Olho d'água, bebida. A vida é líquida.

Hilda Hilst

RESUMO

O processo de transplante de órgãos é complexo, englobando discursos acalorados. Este estudo qualitativo buscou conhecer os aspectos psicossociais do problema, incluindo familiares de doadores, a equipe que trabalha diretamente com o transplante e com a população em geral. Os familiares e equipe foram entrevistados por meio de formulário semi-estruturado. Com a público geral foi aplicado questionário, preenchido pelo próprio participante. Assim, a população desta pesquisa foi composta por: 10 familiares, 11 componentes da equipe e 216 pessoas da população. 55 pessoas recusaram responder o questionário. Um estudo também ocorreu na Espanha para averiguar as políticas adotadas em relação ao transplante e doação. Os resultados demonstraram que as famílias que autorizaram a doação, apesar do sofrimento da morte de um ente querido, fizeram esse ato para ajudar outras pessoas; os motivos de doação respondido pelos parentes são salvar vida e ajudar, no sentido amplo da palavra; os familiares que autorizaram a doação têm mais de 30 anos e pertencem às classes de renda menor. A equipe oferece um bom trabalho, respeitando o momento de dor da família do paciente. Ainda assim, é necessário um psicólogo treinado para lidar profissionalmente com essas tarefas. Os questionários respondidos por todos os participantes mostram que no Brasil, em especial no estado de Mato Grosso do Sul, o conhecimento e a compreensão da população geral ainda é confuso e limitado. A eventual recusa para autorizar a doação era devido a falta de adequado conhecimento sobre a morte encefálica assim como o medo da mutilação corporal. Então, mais campanhas de variados níveis são necessárias para educar a população a respeito da importância da doação de órgãos. A esse respeito, a Espanha é um exemplo da eficácia de tal processo que deve ser recomendado para implantação em nosso país.

Palavras-chave: doação de órgãos, aspectos psicossociais, psicologia, transplante

ABSTRACT

The organ transplantation process is complex, encompassing heated arguments. This qualitative research was dedicated to the study of psychosocial aspects of the problem which included donors' relatives, staff that deals directly with the transplant events and general public. The family and team interviews were made through semi-structured form. With the general public a questionnaire was filled out by the participant himself. Thus, the population of this research was composed by 10 family members, 11 team members and 216 people from the general population. Previously, 55 persons refused to answer questions about transplant. A survey was also carried out in Spain on the policies adopted in relation to the transplantation/donation process. The results of the present work showed that the families who authorized the donation, despite suffering caused by the death of a loved one, did so in order to help out her people. The motives for donation as responded by the relatives was to save the life and to give aid in a wide sense of the word. These motivations are clearly altruistic. Family members who authorized the transplant were over 30 years old, belonging to the social strata with lower income. The staff involved does a good job, respecting the moment of pain of the donor's family. Nevertheless, a trained psychologist is needed to deal with these tasks professionally. The questionnaires filled by all participants showed that in Brazil, and in the state of Mato Grosso do Sul, in particular, the knowledge and comprehension of general population is still rather confuse and limited. The eventual refusal to authorize donation was due to the lack of adequate knowledge about the brain death as well as the fear existing as for the mutilation of the body. So more campaigns at varying levels are needed to educate the population regarding the importance of organ donation. In this respect, Spain is an example of the effectiveness of such a process that should be recommended for implantation in our country.

Keywords: organ donation, psychosocial aspects, psychology, transplantation

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação da abordagem realizada pela equipe.....	52
Tabela 2 – Motivo para a autorização da doação	54
Tabela 3 – Crença dos familiares de doadores	59
Tabela 4 – Necessidade e o tipo de apoio após a morte do parente	60
Tabela 5 – Avaliação em relação ao processo de doação.....	61
Tabela 6 – Faixa etária do doador	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Leis e Resoluções acerca do Transplante de Órgãos no Brasil	16
Quadro 2 – Escolaridade atual relacionada com a escolaridade exigida para o cargo e cursos posteriores	65
Quadro 3 – Maiores dificuldades do trabalho encontradas pela equipe	67
Quadro 4 – Conceito da morte no entendimento da equipe	70
Quadro 5 – Conceito da morte no entendimento da equipe de acordo com a escolaridade e cursos posteriores.....	70
Quadro 6 – Necessidade e tipo de apoio de acordo com a escolaridade e cursos posteriores.....	72
Quadro 7 – Reação emocional da família de acordo com a equipe.....	75
Quadro 8 – Influência do tempo de serviço e o tipo	77

LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

CIHDOTT – Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos
CNCDOS – Centrais de Notificação, Captação e Doação de Órgãos e Tecidos
CET – Central Estadual de Transplante
CGSNT – Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes
CNT – Central Nacional de Transplantes
GAE – Grupo de Assessoramento Estratégico
ME – Morte Encefálica
MS – Mato Grosso do Sul
ONT – Organização Nacional de Transplantes
OPO – Organização de Procura de Órgãos
SAMU – Serviço Médico de Urgência
SNT – Sistema Nacional de Transplante
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 Conceitos Gerais	13
2.2 Aspectos Gerais.....	14
2.3 Aspectos Administrativos da Doação.....	15
2.4 Contextualizando a Doação	18
2.5 Aspectos Psicanalíticos da Doação	40
3 OBJETIVOS	44
3.1 Geral	44
3.2 Específicos	44
4 METODOLOGIA.....	45
4.1 Classificação da pesquisa	45
4.2 Procedimentos	45
4.4 Aspectos Éticos.....	48
4.4 Análise dos dados.....	47
4.5 Critérios de Inclusão	47
4.6 Critérios de Exclusão	47
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
5.1 Famílias	49
5.2 Equipe.....	64
5.3 Público Geral	79
5.3.1 Dados Sócio demográficos	79
5.3.2 Dados Psicossociais.....	80
5.4 Espanha	103
5.4.1 Aspectos Estruturais	103
5.4.2 Aspectos Psicossociais	105
6 CONCLUSÕES.....	107
REFERÊNCIAS	108
APÊNDICES	117
ANEXOS	124

1 INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos tem se tornado uma alternativa cada vez mais comum nos dias atuais e isso se deve ao fato que as técnicas melhoraram, assim como a qualidade de sobrevivência dos pacientes receptores, o que gerou aumento da demanda por órgãos. Dessa forma, a doação tornou-se não só necessária, mas imprescindível. Contudo não é o que tem ocorrido, pois o número de doadores é muito baixo, em especial no Brasil. Dados da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) dão conta de que a taxa de doação chegou a 14 pmp (por milhão de pessoas).

Atualmente, a grande maioria dos transplantes é feita de uma pessoa morta para um paciente vivo, gerando um grande problema, pois não havendo doadores suficientes, muitas pessoas morrem nas longas filas de espera em todo o mundo, não sendo, este, apenas um problema nacional.

Muitos autores, em especial fora do Brasil, realizaram pesquisas sobre o tema, mas os dados ainda dependem das condições sócio-geográficas e psicológicas. O que se tem de concreto é apenas que há recusa em ser doador e discrepância entre o desejo e a realização dele no que tange à doação. Assim, é importante a ampliação de estudos científicos para que se fomente o debate acerca do assunto, com a perspectiva prática de poder aumentar o número de doações e ampliando a qualidade de vida daqueles que dela necessitam.

A Psicologia, sendo uma ciência que estuda o comportamento humano e suas características, pode contribuir nessa discussão, tendo em vista que o processo de transplantes é imbuído de elementos psicossociais. Nesse sentido precisa-se levar em conta que este processo consta de muitas etapas, tal como a motivação, e que logo vem a tomada de decisões que por sua vez é determinada por múltiplos fatores. Estes são determinados pelas características da pessoa que toma tal decisão, isto é, seu nível de educação, religiosidade, relações sociais, esperanças, medos, relação com o próprio corpo e outros fatores.

Neste trabalho, optou-se pela Psicanálise lacaniana por ser a proposição que o pesquisador adota em sua atuação dentro da psicologia. Essa preferência se dá ainda em virtude de ser, na compreensão dos autores, a teoria que melhor explica a relação do sujeito com a doação de órgãos, uma vez que esta possui aspectos práticos, conscientes, mas também, e talvez, sobretudo, inconscientes, que é o cerne do trabalho da Psicanálise.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Conceitos Gerais

O transplante de órgãos não é uma técnica simples, uma vez que engloba mais do que os aspectos fisiológicos, envolvendo também as questões psíquicas e éticas. Na opinião de Duek (2010) elas aparecem e reaparecem, se alternam, se conectam e desconectam. Acrescenta-se que tudo que envolve esse processo produz novas perguntas e respostas subjetivas na sociedade. É um problema recente. Toda a evolução do transplante, de acordo com Pfeiffer (2006), só foi possível a partir da concepção do corpo como uma máquina, conscientizando que o transplante é a substituição de um componente defeituoso por outro em pleno funcionamento.

A doação e o transplante dependem de múltiplas variáveis, que conforme Conesa *et alii* (2005), estão divididas em variáveis pessoais (informações gerais, conhecimento sobre doação) e variáveis de interação social (conduta pró-social, religião e de opinião sobre o corpo). Avilés, Rivera, Catoni (2014) apontam que a doação é perpassada por complexos dilemas éticos, como por exemplo, a aceitação da morte encefálica (ME) e se a retirada dos órgãos respeita a dignidade do corpo do falecido. Dessa forma, afirmam ser fundamental mostrar respeito às crenças dos doadores.

Almeida (2011) afirma que no processo de doação de órgãos há uma gama de ações complexas a serem executadas, concorrendo com a burocracia, a demora, o desgaste físico e psíquico tanto de profissionais quanto dos familiares, gerando estresse a todos os envolvidos. Complementando, Vélez (2007) comenta que, apesar de ser individual, é um ato social, pois afeta toda a sociedade envolvida, ou seja, é para a comunidade e não para um indivíduo que se autoriza a doação, tornando-se a última dirigida em prol da continuidade social. A autora cita Levi-Straus para esclarecer que a sociedade se faz na dinâmica de inter-relações. Nesse sentido, doação, como algo social “é uma combinação de intercâmbios em que rege o princípio da reciprocidade, do que depende em grande medida das relações solidárias entre os indivíduos e os grupos.” (p. 181). Contudo, é preciso notar que um doador sem vida não tem ligação alguma com o receptor, criando então a reciprocidade negativa.

Finalmente, indica Duek (2010) que a ciência sustenta o imaginário social, o desejo inconsciente da imortalidade, ou seja, cumpre a fantasia de vencer a morte. Nesse ínterim, entra, sobretudo, então, o transplante de órgãos. Contudo as intervenções

biomédicas sobre a conservação da vida trazem consigo a necessidade de se analisar as questões psicossociais envolvidas, inclusive as éticas. No mesmo trabalho se defende a ideia de que a doação de órgãos não tem a função de fazer/melhorar laços sociais, mas sim de conservação de vida, a partir de alguém que não existe mais. Isso é equivalente a manter um órgão funcionando quando o indivíduo falece. É preciso, então, considerar as questões psicossociais, uma vez que a doação não se rege pela lei do mercado, o órgão não sendo nenhum tipo de mercadoria.

Assim, no plano psicanalítico, a doação se torna um jogo onde para dar resposta ao desejo inconsciente de imortalidade, é necessária a des-subjetivação do outro, transformando-o em objeto de manipulação. A autora por último citada ressalta que se há avanço da ciência médica que produziu transformação na conservação da vida é imprescindível que haja transformação nas formas de conhecimento sobre a doação. Daí segue que “se requerem outros conceitos que definam categorias de conhecimento para abordar novas realidades” (p. 258).

2.2 Aspectos Gerais

Para iniciar a concepção, Conesa *et alii* (2005) definem o transplante de órgãos como uma opção terapêutica para aqueles pacientes em que os tratamentos possíveis não obtiveram sucesso ou oferecem pior sobrevivência ou qualidade de vida.

Em relação aos tipos de doação, Steiner (2004) comenta que existem transplantes *intervivos* e *post mortem*. De acordo com o autor, o último contém a extirpação, o próprio transplante e cuidado posterior, e esse processo é um fator social que põe em jogo a relação do indivíduo com o outro, isto é, aquele outro que é desconhecido, portanto, denominado de estrangeiro.

No que tange ao aspecto histórico Lima, Magalhães, Nakame (1997), apontam narrativa de transplante de órgãos em 300 a.C, onde “um médico chinês abriu o estômago de dois homens, explorou o coração e, após remover e trocar seus órgãos, administrou-lhes uma droga maravilhosa que os recuperou” (pag. 5). Contam também que os médicos Cosme e Damião, seiscentos anos depois realizaram a amputação da perna de um homem e lhe transplantaram outra, retirada de uma pessoa morta naquele dia.

Em relação aos tempos atuais, Steiner (2004) relata que os transplantes mais praticados antes da década de 50 eram os de córneas. Depois, com o surgimento de

técnicas adequadas e com o aprimoramento da medicina passaram a serem ocorrer os de rins e em seguida, transplantes de outros órgãos. Ainda de acordo com o autor, o aumento do número de transplantes, assim como sua eficácia, se deu devido ao progresso da ciência, como, por exemplo, o surgimento de medicamentos para evitar a rejeição. Em concordância, Wen-zhao *et alii* (2013), dizem que atualmente o transplante de órgão é uma efetiva terapia para os pacientes que têm seus órgãos em estágio final. Conforme Moraes, Gallani, Meneghin (2006) os transplantes têm assumido papel fundamental no que tange à terapêutica de doenças sem possibilidade de cura clínica e/ou cirúrgica. Ressaltam que os resultados têm sido bons, pois têm contribuído para uma sobrevida com maior qualidade.

Coelho *et alii* (2007) apontam que com a melhora nos procedimentos do transplante de órgãos, a demanda cresceu muito, mas a disponibilidade não mudou. Assim, a fila de espera aumentou significativamente em todo o mundo, incluindo o Brasil. No entanto, ressaltam que no país os dados sobre os aspectos psíquicos da doação ainda são poucos.

2.3 Aspectos Administrativos da Doação

Todavia, para ser doador é necessário, na maioria das vezes, que o indivíduo esteja morto, seja em ME ou cardiorrespiratória. Para Moraes, Gallani, Meneghin (2006), a partir da década de 1950 houve a preocupação em estabelecer protocolos para definir o que é ME, mas esclarecem que essas regras podem mudar de país para país ou mesmo de estado para estado, contudo salientam que, de forma geral, o diagnóstico é feito baseado em anamnese, exames físicos e laboratoriais. Na Espanha, por exemplo as indicações para aproveitamento do material tem tendência a serem mais amplas (ESPANHA, 1979). Quanto ao Brasil, os critérios para o diagnóstico da ME foram estabelecidos na Resolução do Conselho Federal de Medicina 1346/91, atualizada pela resolução 1480/97.

A morte cardiorrespiratória não tem regra estabelecida. Shemie (2007), no entanto diz que há a parada cardíaca primária, que resulta na estagnação da circulação; a parada respiratória secundária resulta em parada cardíaca secundária, ou a parada cerebral primária, levando a uma parada cardíaca. O autor salienta que quando o coração para, mesmo não tendo como reverter, não é morte. Contudo é necessário que a circulação sanguínea seja mantida com o uso de aparelhos. Ou seja, só há de fato morte cardiorrespiratória se a circulação cessar.

No Brasil, havendo a morte, a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) deve ser notificada compulsoriamente, independente da condição clínica do potencial doador ou desejo do familiar. Porém a lei nº 10.211, de 2001, estabelece que é necessário o consentimento da família para a doação dos órgãos do falecido.

De acordo com Arcanjo, Oliveira, Silva (2013), os transplantes de órgãos no Brasil, tiveram início no fim da década de 60, mas somente em 1992, houve a lei 8.489 para regulamentar a operação, pois antes havia apenas normatizações locais. Uma das razões apontadas para essa falta de organização legal foi a baixa sobrevida dos pacientes que recebiam os órgãos. Contudo, com maior desenvolvimento de técnicas e equipamentos que asseguravam melhoria ao paciente receptor os resultados melhoraram substancialmente. Dessa forma, os transplantes foram praticados em maior número de hospitais. Por isso surgiu a necessidade de se estabelecer regra própria para esta intervenção, culminando com a introdução da Lei 8.489, de 1992, que permaneceu em vigor por cinco anos, sendo substituída pela Lei 9.434. Esta, por sua vez, foi alterada para dar lugar à Lei 10.211, de 2001, (Brasil 2001), referindo-se propriamente à autorização da retirada dos órgãos. O quadro 1 demonstra de forma resumida as leis e portarias pertinentes ao transplante de órgãos no Brasil

Em 2005 foi instituída, através da Portaria 1.752/GM/MS, a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) e a Organização de Procura de Órgãos (OPO) (BRASIL 2005). Em 2009, a Portaria 2.600 GM/MS instituiu o regulamento técnico do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) (BRASIL, 2009).

Quadro 1 – Leis e Resoluções acerca do Transplante de Órgãos no Brasil¹

Lei/Portaria	Ano	Assunto
Lei 8.489	1992	Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências. - Revogada pela Lei 9.434, de 4/2/1997
Lei 9.434	1997	Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e

¹ Até 1992 havia apenas leis e regulamentações locais

		tratamento
10.211	2001	Altera dispositivos da 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. Altera os artigos: 2º, 4º, 8º, 9º e 10, além de revogar os parágrafos 1º, 2º, 3º, 4º e 5º do art. 4º da Lei 9.434
Portaria 1.752/GM/MS	2005	Determina a criação de CIHDOTTs em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos.
Portaria 1.262 /MS	2006	Aprova o regulamento técnico para estabelecer atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às CIHDOTTs, , onde coloca que a equipe deve ser formada por profissionais médicos e enfermeiros.
Portaria 2.600 /MS	2009	Aprova o regulamento técnico do SNT

Dalbem, Caregnato (2010) apontam que as legislações existentes ainda são difíceis de serem aplicadas pelos profissionais envolvidos e incompreensíveis para o público em geral. Nesse sentido o Brasil não é uma exceção, pois na França Lesieur *et alii* (2013), consideram que as leis locais em muitas ocasiões atrapalham a doação, já que muitos doadores potenciais esbarram nas questões legais. Estes autores propõem o desenvolvimento de pesquisas para nortear as políticas de doação de órgão.

Para Arcanjo, Oliveira, Silva (2013) não basta apenas ter leis que regulam o processo de doação, pois este passa por outras dinâmicas, ligadas ao psiquismo, à complexidade da subjetividade humana. Complementando, Garrafa (1996) aponta que a legislação sobre transplante, além de normatizar, deve ser explicitamente clara para facilitar o assunto. Argumenta que a população deve ter acesso às informações sobre lista de espera e os critérios de utilização dos órgãos doados. Desta maneira, aquelas pessoas que autorizam a doação terão a certeza que seu gesto não foi em vão, ou ainda que os órgãos não foram comercializados e assim auxiliando em mais doações altruístas.

Devido à necessidade social de organizar todo o processo de transplante no Brasil foi criado o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), tendo seu regulamento técnico aprovado pela Portaria 2.600 de 2009 (BRASIL, 2009). Ao SNT cabe a responsabilidade de todos os procedimentos acerca da realização dos transplantes realizados no país, ou seja, desde a captação até o acompanhamento do paciente que recebeu o(s) órgão(s). Também competem ao SNT as políticas envolvidas no processo,

como campanhas estimulando à doação, definição dos recursos, credenciamento das instituições pertinentes, entre outras coisas.

Segundo o Decreto acima mencionado, compõem o SNT: Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT); Central Nacional de Transplantes (CNT); Centrais de Notificação, Captação e Doação de Órgãos e Tecidos (CNCDOs); Organizações de Procura de Órgãos (OPOs); Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTTs); Grupo de Assessoramento Estratégico (GAE) e as Câmaras Técnicas Nacionais (CTN).

Em Mato Grosso do Sul (MS), por exemplo, havia, até 2013, apenas um hospital credenciado para transplante de órgãos. Segundo a CET de MS, em 2013 foram realizados três transplantes de coração, quarenta e seis de rim, sete de tecido músculo esquelético e cento e oitenta e sete de córnea, sendo que no ano 2014 não houve nenhum por conta do descredenciamento do SNT; em 2015 e 2016 aconteceram 2 transplantes renais em cada ano. Essa é uma situação que pode desestimular doações. Destaca-se também que há duas equipes lidando com a captação de órgãos, uma na Santa Casa de Campo Grande, sendo uma CIHDOTT e outra no Hospital Regional, sendo uma OPO. Martins, Cosmo (2009) e Quintana, Arpini (2009) argumentam também que a confiança na equipe médica contribui como fator na doação.

2.4 Contextualizando a doação

Um dos grandes problemas do transplante de órgãos apontado na literatura é a insuficiência do número de doadores. Steiner (2004), diz que há, em todos os países, o problema da quantidade, pois o número de doações não supre a necessidade. “As listas de espera crescem em todo o mundo e é grande a quantidade de doentes que sofrem e morrem à espera de um órgão que possa salvá-los” (pag. 101). Diante disso, é preciso assumir atitudes para que se possam aumentar as de doações e diminuir o sofrimento daqueles que esperam. Para Martins, Cosmo (2009) autorizar a doação é uma atitude de extrema responsabilidade, uma vez que é feita em nome de alguém que já não pode mais responder por si, levando a um ato danoso ao corpo de outra pessoa e concordando, Sadala (2001); Kosieradzki *et alii* (2014) apontam para as incertezas da família, tanto em relação à vontade do doador, em saber se ele realmente queria que isso

fosse feito, quanto em questão da morte de fato, suspeitando que o parente poderia estar vivo ainda, tornando esse momento complexo e de difícil aceitação.

Nesse sentido Duek (2010) alerta para o fato de que os parentes estão pressionados pelo tempo, tendo que tomar uma decisão que parte do reconhecimento da morte de alguém querido, enfrentando a angústia que causa a finitude, piorada em virtude de o falecido manter as características de uma pessoa viva como temperatura e a cor.

Pode-se ver, então, que a doação passa por diversas facetas, quase inexploradas. No Brasil, apenas recentemente foi dado início para investigar objetivamente o processo de transplante que é determinado pelas condições sócio-geográficas e psicológicas locais. A aceitação ou recusa é motivo de muitos questionamentos. Bittencourt, Quintana, Velho (2011) dizem que por ser recente, a doação de órgãos é uma questão que socialmente não foi trabalhada ainda, o que torna todo o processo, desde a captação até o transplante, mais complexo. Assim, é preciso conscientizar e sensibilizar melhor. Sobre isso, Garrafa (1996) defende que é preciso avançar em programas de estímulo de doação altruísta e incentivos às pesquisas que melhorem o processo de doação de órgãos. Para ela as dificuldades na doação podem ser de natureza clínica/biológica, logístico-administrativa e econômica, geográfica e cultural.

Numa pesquisa internacional, Rios *et alii* (2013), realizaram um trabalho envolvendo a equipe não médica de hospitais de vários países: Espanha, México, Cuba e Costa Rica. Os objetivos eram conhecer a opinião em relação à doação de órgãos e determinar quais os fatores que condicionam tal atitude. Chegaram à conclusão que 72% dos participantes são a favor da doação após o próprio falecimento. Por país, 98% dos cubanos, 80% dos mexicanos, 66% dos costarriquenhos e 52% dos espanhóis foram favoráveis. Quanto aos fatores, na opinião favorável familiar se verificou crer na possibilidade de necessitar de um transplante. Dependia também de ter discutido o assunto entre os familiares além de ser importante levar em consideração era o problema de uma possível mutilação corporal após a morte.

Rech, Rodrigues Filho (2007) apontam as seguintes causas que levam à anuência da doação:

Etnia, crenças religiosas, nível socioeconômico e cultural, níveis de informação sobre doação e transplantes, conhecimento do *status* de doador do morto, experiência prévia da família com doação ou transplante, credibilidade no sistema de transplante e distribuição de órgãos, grau de satisfação com o atendimento médico, grau de entendimento sobre morte encefálica, condições e o momento da abordagem da família, discussão das etapas da doação com a família, grau de treinamento do entrevistador,

explicações sobre custos e o funeral, legislação de consentimento presumido, campanhas educacionais (p. 88).

Ralph *et alii* (2014) chegaram à conclusão de que a doação de órgãos está intrinsecamente relacionada com sete temas, todos psicossociais: 1) compreensão da morte, aceitando a finitude da vida, em especial quando se trata de ME; 2) encontrar sentido na doação, ou seja, cumprir um dever moral, assim como ser altruísta; 3) medo e desconfiança em relação ao processo; 4) conflito na tomada de decisões, sobretudo quando há familiares que não são a favor da doação; 5) vulnerabilidade, se sentir oprimido; 6) respeito ao desejo do doador; e 7) o fechamento, ou seja, como o processo transcorreu. Diante do exposto alegam que são necessárias estratégias para auxiliar às famílias a compreenderem a morte e o que é, de fato, a doação, aumentando então a confiança no processo, sanando a insegurança que paira ao redor desse tema.

Em complementação, Irving *et alii* (2012), Manzari *et alii* (2012), Randhawa (2012) opinam que a decisão de doar órgãos está relacionada com laços inter-relacionais, crenças religiosas, influências culturais, interações anteriores com o sistema de saúde. Muito importante é a confiança neste sistema, a certeza da ME, assim como o possível medo de que a captação de órgãos seja precoce, antecipando o falecimento do parente. Também entra em jogo o conhecimento que se tem sobre o processo de doação de órgãos e as principais reservas, como o temor do tráfico. Então, os autores defendem a tese de que a sociedade precisa ser melhor informada, envolvendo conhecimentos acessíveis para as pessoas e que sirvam para dissolver as incertezas que pairam.

Conforme a opinião de Vélez (2007), entre os motivos para a doação figuram o altruísmo e a solidariedade, a necessidade de ser ético e moral socialmente, pressão familiar e social, necessidade sanitária de melhor aproveitamento dos órgãos do que a deterioração e criar vínculos com a sociedade. Contudo, Moorlock *et alii* (2014) alertam para que o altruísmo pode tanto estar relacionado a uma motivação, quanto a uma ação. Igualmente destaca-se o fato de que a verdadeira doação altruísta tem que ser feita sem uma intenção diretiva, ou seja, sem pensar se o transplante dará certo ou não. Argumentam ainda que nada pode ser recebido em troca, principalmente remuneração monetária. Nesse sentido, a doação é uma forma generalizada de reciprocidade, ou seja, pessoas são convidadas a doar para realizar o seu desejo de amparar os outros. Sem dúvida, isso iria promover o tipo de sociedade onde se faria o mesmo por elas. Torres (2003) concorda com essa posição ao afirmar que o homem não pode ser considerado

apenas um item biológico, mas também um ser emocional, e, portanto, não se deve deixar de lado suas questões motivacionais, mesmo as inconscientes.

Rios *et alii* (2012) após realizar pesquisa com profissionais de hospitais, apontam que neste caso as pessoas mais favoráveis à doação são aquelas que consideram a possibilidade/necessidade de um dia ter que receber um órgão. Os autores também sinalizam que os participantes que concordam com doação futura, também se mostram mais propensos a realizar a doação em vida. Contudo, nesta pesquisa destaca-se o fato de que eles seriam ainda mais favoráveis se o órgão doado fosse para um familiar ou amigo próximo. Os pesquisadores afirmam que entre adeptos à crença religiosa haverá, em menor ou maior grau, anuência em ser doador, quando esta é partidária do assunto. No entanto, a mutilação do corpo às vezes aparece como um fator preocupante, ou seja, dificultaria que os sujeitos se postulem como doadores.

Randhawa (2012) e Holman (2013) apontam que aspectos psicológicos pessoais influem na decisão de doar ou não os órgãos. O sentimento que se tem sobre esse tema age tanto de um modo positivo quanto negativo. Assim se planejam estrategicamente campanhas, levando as corretas informações ao público em geral.

Conforme Ali *et alii* (2013) apontam, as pesquisas sugerem que a opinião pública é favorável à doação, mas esta quase nunca ocorre concretamente. A falta de ação exata, segundo os autores, é um dos maiores problemas. Almeida (2011) está de acordo em que no processo de doação de órgãos há uma gama de ações complexas a serem executadas, concorrendo com a burocracia, a demora, o desgaste físico e psíquico tanto de profissionais quanto dos familiares, deste modo gerando estresse.

Martins, Cosmo (2009) e Falcones, Soler, Garcés (2011) pontuam que a disposição de doar ou não os órgãos do parente falecido passa por choque emocional vivenciada com a situação, o apoio da família para a decisão, o manejo da equipe que trabalha com a captação de órgãos e a conscientização da realização da morte ter realmente acontecida. Destacam que uma boa interação comunicativa com a equipe ameniza os efeitos da crise causada pelo falecimento do parente. A isso somam-se os valores que a família tem sobre autorizar ou não a doação. Os autores dizem que quando a deliberação é tomada sem arrependimentos, acaba por gerar um sentimento positivo que ajuda a superar o processo de luto. Nesse sentido, a informação é crucial para se refletir e decidir conscientemente. Cinque, Bianchi (2010) indicam que os principais estressores dos familiares que aceitam doar os órgãos do parente falecido são: a não satisfação com o atendimento prestado, a forma como é recebida a notícia de ME e a demora em liberar

o corpo, tornando-se um momento altamente carregado de tensão. “Para os familiares, este é um processo sofrido, demorado, burocrático, desgastante e cansativo, percepção que compromete desfavoravelmente o número de doações” (pag. 997).

De acordo com Moraes, Gallani, Meneghin (2006), esse processo esbarra em muitas questões práticas e ideológicas. As práticas, porque mesmo que o doador se pronuncie positivamente ainda em vida, é a família que no final vai tomar uma a decisão definitiva. Ideológicas, pois a decisão depende das opiniões subjetivas e as “situações, muitas vezes, geram conflitos de crenças, de valores e de princípios religiosos, além de esbarrar na desinformação, mitos e credices populares sobre o assunto” (pag. 485). Contudo, Ali *et alii* (2013), em pesquisa com estudantes de medicina, relatam que há discrepâncias entre atitudes e ações, pois, segundo os autores, o aumento do conhecimento não significa necessariamente que as pessoas sejam propensas a doar.

Segundo Wen-zhao *et alii* (2013) apenas 1% dos pacientes conseguem receber o órgão na China. É interessante notar que os autores apontam que a maioria dos chineses é favorável à doação, mas a mesma não está sendo efetivada. Eles descrevem cinco categorias de fatores que os familiares levam em consideração na hora da decisão: fatores pessoais e interpessoais, condições físicas do órgão requerido, fatores éticos e tradicionais, dando destaque para este último. Destacam que doadores jovens são em número relativamente menor.

Coelho *et alii* (2007) opinam que a população é favorável à doar e tem acesso à informação, tendo como motivos ajudar o próximo, salvar e doar vida. Contudo apontam algumas situações que levam a não autorização para a retirada dos órgãos: a falta de confiança na medicina e, principalmente, no sistema de captação e distribuição; além do temor do comércio de órgãos. Chega-se inclusive a acreditar que ricos têm mais chances que pobres de se conseguir o item desejado. Em jogo também está o medo da mutilação do corpo e o pavor de que a morte não seja diagnosticada com precisão. Nair-Collins, Green e Sutin (2015) afirmam que a sociedade americana concorda com a doação de órgãos após a ME, mas que se a cirurgia for a causadora da morte do paciente, não é favorável. Esse cenário se dá em virtude de que em alguns estados dos Estados Unidos é possível realizar a eutanásia de pessoas em coma irreversível, tornando o paciente potencial doador de órgãos. Dessa forma, pode-se ver que a preservação da vida é um conceito fortemente arraigado.

Ainda sobre a disposição em ser doador, Doggenweiler, Guic (2014) em pesquisa realizada com estudantes universitários chilenos demonstrou que a maioria dos

participantes estaria disposta a doar seus órgãos, assim como de um parente falecido. O que faria os participantes propensos à doação foi conhecimento sobre a ME seria discussão na família, além de normas subjetivas como o desapego ao corpo. Adicionam que as influências sociais/culturais também estão presentes na tomada de decisão. O autor defende uma sistemática educação a respeito do tema, com o objetivo de diminuir as ansiedades e temores gerados pelo desconhecimento e confusão.

Sobre a escassez de órgãos, Conesa *et alii* (2005) e Quintana, Arpini (2009) indicam a negativa da família como a principal razão. Assinalam para o fato de que as atitudes são indicadores da conduta social e que a doação é mediada pelos fatores psicossociais, sendo necessário dessa forma, esclarecer a opinião da população no que concerne ao assunto, para que cada item seja identificado e seu peso específico verificado.

Nesse mesmo sentido, Rech, Rodrigues Filho (2007) e Martinez *et alii* (2008) concordam que existe um grande desequilíbrio entre a oferta e a necessidade de órgãos, acreditando que aumentar o número de doações auxiliaria na solução do problema. Essa opinião se dá em decorrência do fato de que há um descompasso entre aqueles que são favoráveis à doação e os que realmente doam.

Blanca *et alii* (2007) em pesquisa para avaliar a relação doação/não doação com o altruísmo e condutas pró sociais, chegaram à conclusão de que os que se colocam contra têm perfis de condutas pró sociais menos pronunciadas. Citam que os doadores de sangue são mais propensos a também disponibilizar seus órgãos após o falecimento. Os autores acrescentam que os potenciais não doadores têm menos tendência à afabilidade, abertura mental e também se mostram menos escrupulosos. Isto demonstra menor grau de empatia, de cooperação, de perseverança na atuação, de abertura às novas ideias e valores diferentes dos próprios. Os não doadores também são menos eficazes nas suas ações, com tendência à não reflexão e à intolerância. Segundo os autores, é preciso estudar o perfil psicológico daqueles que se opõem à doação, a fim de se trabalhar com essa recusa. O momento da morte do parente, por si só já é causador de estresse. Então é muito provável que a propensão em não doar leve à rejeição, pois o pedido pode ser visto como uma ameaça. Nesse sentido, é importante que haja discussão na família, que se fale nas escolas, nas palestras de educação para a saúde, além de inserir o tema no curriculum dos profissionais, e haver nos meios de comunicação campanhas sistemáticas de caráter afetivo e persuasivo. Em concordância, Moorlock *et alii* (2014) atentam para o fato de que quando uma sociedade não tem disposição geral para o

altruísmo, quando cada um só se preocupa com os próprios interesses, por conseguinte a doação fica comprometida.

Entretanto, Velez (2007) alerta para o fato de que na sociedade atual o corpo se tornou objeto e sujeito de culto, o que pode ser um grande desencadeador de não doação. Conforme a autora, outros motivos que levam a não doação são: o medo do tráfico de órgãos, incluindo aí a propagação de que há mortes especificamente provocadas para se doar; a imigração, ou seja, a ideia de que há grande número de estrangeiros indesejáveis nas filas de espera nacionais, ou seja, o racismo e suas variantes; e a falta de coerência institucional/governamental.

Como visto, não há como dissociar a doação das questões morais sociais. Falar em moral é envolver o aspecto da fé, o que, no tema deste trabalho, a literatura aponta quase que inevitavelmente para este aspecto. Salim *et alii* (2012) relatam que isto está intrinsicamente ligado à doação, demonstrando que aqueles que seguem igrejas que a incentivam, são mais propensos a autorizar a doação. Em pesquisa realizada pelos mencionados autores, após uma série de palestras realizadas em 4 igrejas de diferentes confissões em favor da doação, houve aumento expressivo do número de fiéis que desejavam ser doadores. Assim, opinam que as igrejas devem fazer parte de campanhas sobre o conhecimento e incentivo à doação. Acrescentando ao exposto, Setta, Shemie (2015) em estudo sobre as principais religiões do mundo, dizem que as tradições fornecem aos seus adeptos explicações para o significado e propósito da vida, incluindo uma espécie de análise ética para as situações em que seus seguidores se encontram.

Devido a morte não ser algo perceptível em si, as religiões transformaram a evidência empírica para determinar quando aquela ocorreu e sua correlação com a doação de órgãos. Ao debater questões sobre vida e morte, a perspectiva religiosa pode se tornar influente na vida do indivíduo, uma vez que ela deseja esclarecer dúvidas sobre a meta de existência, as razões para o fim corporal, assim como aquilo que virá após o falecimento. Pode-se dizer então que a crença oferece uma maneira de interpretar o mundo, onde as pessoas que vivem no meio de uma tradição particular são doutrinadas por essa visão, mesmo que tenham parado de participar nos respectivos rituais.

No que diz respeito às religiões e igrejas, os autores citados anteriormente destacam que a Igreja Católica tem no Papa seu chefe que através de suas encíclicas e bulas postula o que deve e o que não deve fazer seu adepto. Essa denominação aceita a definição de ME estabelecida pela medicina contemporânea, concordando que cabe a

ela estabelecer o momento do falecimento. Assim, não há problemas em desligar os aparelhos daqueles pacientes em ME. No catolicismo trabalha-se com os termos ordinários e extraordinários sobre a manutenção da vida, afirmando que esta não pode ser nem abreviada e nem prolongada desnecessariamente.

Em relação às igrejas evangélicas, estas encontram-se subdivididas e por isso cada uma adquiriu uma forma especial de considerar tanto a morte, quanto a retirada de suporte de vida e a doação de órgãos. Contudo, poucas são explicitamente contrárias a esse ato. Grande parte das igrejas aceita sem restrições o conceito de ME.

A Bíblia é o grande guia para as igrejas cristãs, mas nem sempre ela tem o direcionamento direto para certas questões. Assim, fica a cargo do líder da determinada igreja postular o que é certo e o que é errado, conforme sua interpretação.

Como já foi mencionado, nem todos os membros de uma igreja praticam a fé da mesma forma, pois são guiados frequentemente pelo ambiente em que se encontram inseridos. Em tempos de crise, como a morte de um ente querido, é quase certo que essas pessoas evocarão os saberes da crença a que pertencem, na tentativa de trazer conforto psicológico. Indubitavelmente, em face da morte, sistemas religiosos fornecem mecanismos para lidar com as diversas facetas que ela traz, como lidar com o corpo, o ritual fúnebre, entre outras coisas, ao que Randhawa (2012) diz que é necessário que lideranças religiosas discutam com seus fiéis a questão da doação, à luz do que acreditam, destacando que há a necessidade de um diálogo permanente sobre o tema entre os profissionais de transplante e formuladores de políticas com líderes religiosos.

Retomando a questão da recusa, para Moraes, Massarolo (2009) e Arcanjo, Oliveira, Silva (2013), uma das dificuldades apontada é como chegam as informações ao grande público, pois geralmente são feitas de forma errada, nos grandes meios de comunicação. Ressaltam, entretanto, que o importante não é a quantidade, mas a qualidade do que se sabe, pois “o cidadão bem informado é capaz de promover discussão com familiares e amigos, o que pode configurar-se mecanismo de promoção de doação de órgãos” (pag. 124).

Contribuindo, Moloney, Walker (2002); Moraes, Gallani, Meneghin (2006); Quintana, Arpini (2009), Moraes, Massarolo (2009); Dalbem, Caregnato (2010) e Pessoa, Schirmer, Roza (2013), acrescentam ao opinar que os maiores problemas para a doação de órgão são: a parca noção acerca da ME, o desconhecimento do paciente que desejaria doar, a religiosidade, a demora na liberação do corpo além do temor de que os órgãos doados possam ser comercializados e o conceito errôneo sobre uma vez que ela

não é amplamente conhecida em seus aspectos mais fundamentais. Soma-se a isso o fato de que as funções vitais são mantidas artificialmente, mantendo o corpo em sua temperatura normal, quente, o que reforça a falsa sensação de vida. Moraes, Gallani, Meneghin (2006) argumentam que própria polêmica para determinar o momento exato da morte, estabelecer diagnóstico e critérios e aplica-los de forma ética e legal também contribuem para arraigar os pré-conceitos.

Moraes, Massarolo (2009) apresentam ainda como motivos de recusa para a autorização da doação de órgãos: não aceitar que o corpo do falecido seja manipulado; o temor da reação dos outros familiares; as informações inadequadas por parte dos profissionais; a desconfiança no sistema e do tráfico de órgãos; e a vontade, expressa em vida. Para Torres (2003), tudo isso chama a atenção para a questão da morte, estabelecida como sendo a encefálica. A autora traz ainda os questionamentos: Quando o homem está morto? Quando ele será necessário? A capacidade de determinar o falecimento foi dada pela sociedade à medicina, cabendo então a ela dizer o que é vida e o que é morte. Mas não se tem consenso sobre o momento exato do fim vital, o que acaba passando para as pessoas em geral, gerando medo de que a retirada de órgãos possa matar o parente doente.

Adicionando à discussão sobre a ME, Carral, Parellada (2003) *apud* García, Cárdenas (2011), dizem que o seu conceito faz com que todos os envolvidos estejam analisando constantemente as implicações éticas e científicas, lembrando que não pode estar necessariamente ligada ao processo de doação de órgãos. Assim, defendem que todos os envolvidos devam ter conhecimento mais preciso sobre o tema. Moraes, Santos, Massarolo (2014) observa que o processo não é tão simples, pois embora o diagnóstico de ME seja bem definido, ainda hoje alguns médicos não a aceitam como a cessação da vida. Afirmam os autores:

Esta percepção é compartilhada pelos participantes deste estudo, quando eles afirmaram que as dificuldades nesta etapa do processo de doação são agravadas pela ignorância, inexperiência e resistência por parte de alguns médicos em relação a aceitar o diagnóstico de morte cerebral como a morte da pessoa. (pág. 231)

Outro fator muito importante a ser levado em consideração no transplante é a morte, tabu por si só, conforme afirma Kübler-Ross (2000). Moritz (2004), em concordância, afirma que a morte tem aspectos cotidianos, religiosos e científicos, trazendo consigo os mais variados tabus e medos. Segundo Bittencourt, Quintana,

Velho (2011) a dor da morte só tem significado se o ente que faleceu for alguém importante, ou seja, quanto mais próximo afetivamente, maior será a dor, sendo então, a perda de um filho é uma das maiores dores que a pessoa pode passar. Assim, a doação de órgãos de um filho que acaba de falecer significa admitir a morte dele, mas a família ainda não é capaz de aceita-la, pois isso significa tirar todas as possibilidades que o falecido venha à vida novamente. Essa situação se agrava ainda mais com a ME, porque há o batimento cardíaco, levando a crer que o paciente não faleceu de fato, gerando culpa nos pais, como sendo a sentença de morte do filho.

Para Vargas, Ramos (2006) é preciso rediscutir a morte, levando em consideração inclusive que o transplante de órgãos faz parte dela, o que não acontecia há algumas décadas.

Nessa perspectiva, a discussão da morte permite assinalar e, através desse procedimento, questionar e problematizar algumas polaridades, tais como: as relações entre a mente e o corpo; a morte cerebral e a morte orgânica; o reversível e o irreversível; os/as pacientes vivos/as e os corpos mortos; o/a receptor/ a vivo/a e o/a doador/a cadáver; a avaliação clínica da morte e a avaliação tecnológica da morte; as decisões médicas e as opiniões e valores; e o/a especialista científico/a e os/as outros/as especialistas. (pag. 141)

Os autores ressaltam que a morte cerebral passa a ser então, um presente para a vida, uma vez que, havendo doação dos órgãos, estes poderão prolongar a vida de outra pessoa. No entanto esse fato tem gerado conflitos, pois, por mais que haja leis que estabeleçam critérios, são questões culturais, havendo quase sempre dilemas éticos envolvidos. Assim, entrelaçam-se dois assuntos polêmicos e difíceis: a morte e o transplante. Moloney, Walker (2002), também concordam que a doação de órgãos está ligada ao presente para a vida, ao altruísmo. Defendem, contudo que quando há debate social sobre o tema, as representações podem ser mudadas, uma vez que não são estáticas.

Outro grande entrave apontado nas pesquisas é o receio do tráfico de órgãos. Sobre isso, Garrafa (1996), observa que com o aumento do número de transplantes, na década de 80 a compra e venda de órgãos tornaram-se mais frequentes. Relata que havia até empresas que cuidavam desse tipo de comércio. Portanto foi necessário estabelecer diretrizes através de leis que regulamentassem a doação/receptação de órgãos. A partir de 1990, então, esse negócio foi diminuindo, mas continua ativo até os dias atuais, principalmente em países pobres e com pouca, ou nenhuma, legislação sobre o assunto. A autora chama a atenção para o fato de existir dissimulações nesse comércio quando

doadores são gratificados ou ganham presentes, o que acaba mascarando a realidade. Complementando, Vélez (2007) afirma que nas sociedades em que não se consegue garantir a justiça e a equidade no acesso à doação, ou naquelas onde não há infraestrutura e que as diferenças sociais estão ligadas à propriedade privada, cresce o tráfico de órgãos, estimulando o pagamento em dinheiro.

Diante disso, pode-se dizer que a recusa em doar órgãos está necessariamente ligada ao conceito social que se tem sobre o processo, uma vez que ele não tem a ver apenas com questões biológicas, mas também, e talvez principalmente, com as emocionais e psicológicas, porque para Lima, Magalhães, Nakame (1997) o transplante provoca uma série de emoções e, com isso, acalorados discursos de índole moral que repercutem na opinião pública. Contudo, os autores são enfáticos ao apontar que a discussão se foca em outras áreas e o aspecto psicológico é quase inexistente neste íterim. Rech, Rodrigues Filho (2007), Davidai, Gilovich, Ross (2012), Stadlbauer *et alii* (2013) são da opinião que a falta de políticas que incentivem a doação de órgãos contribuem para a escassez de doações. Contudo Garrafa (1996) e Quintana, Arpini (2009) apontam para o fato que um dos grandes problemas das campanhas da doação é não considerarem as diferenças culturais, pois mudanças de comportamento devem levar em conta crenças, valores, conceitos a que as pessoas estão inseridas socialmente.

Moloney, Walker (2002); San Gregorio (2002); Torres (2003); Carrasco (2005); Moraes, Massarolo (2009) e Avilés, Rivera, Catoni (2014); são enfáticos ao afirmarem que um dos grandes fatores que coloca forte barreira é o tráfico de órgãos, muitas vezes amplamente divulgado pela mídia, o que faz com que as pessoas tenham receio de que o órgão doado não vá realmente para quem precisa, mas sim para quem pode pagar.

Moloney, Walker (2002), em estudo sobre a representação social a respeito do transplante de órgãos, apresentam ainda como obstáculos à doação, além dos mencionados, a visão de que o transplante é tido como algo mecanicista e frio, usando de termos como: cortar, remover, tirar do corpo. Para a sociedade esses termos assustam e afastam potenciais doadores.

Nesse mesmo contexto San Gregorio (2002), aponta quatro causas psicológicas para não doação: 1) esfera religiosa-cultural, onde os conceitos religiosos sobre vida após a morte e mutilação corporal atrapalham; 2) esfera social, pois os ritos funerários poderiam ser comprometidos devido à demora na liberação do corpo; 3) impacto emocional, já que o familiar, para autorizar a doar tem que aceitar a morte, o fim do ente

querido, concordando com Quintana, Arpini (2009); 4) dúvidas sobre a destinação dos órgãos assim como o medo de que eles sejam comercializados.

Siddiqui *et alii* (2012), em pesquisa realizada no Paquistão, tendo como alvo os profissionais que trabalham com o paciente gravemente enfermo, chegaram à conclusão que entre aqueles que eram favoráveis à doação de órgãos de um paciente falecido a taxa ficou em 51%. Apenas 35,8% estavam dispostos a doar seus órgãos após a morte e 43,4% não doariam os de um parente falecido. A grande maioria dos participantes alegou causas religiosas para seu posicionamento sobre o transplante. Houve também aqueles que consideraram a mutilação do corpo, sua desfiguração, assim como peças faltantes nesse corpo para o enterro. Mais da metade também se disse preocupada do doador não ser da mesma religião que a sua, no caso o islamismo. Na referida pesquisa a desconfiança nos médicos se mostrou alta, uma vez que 71,6% estavam com medo de que o tratamento para pacientes em estágio terminal se basearia apenas na doação, ou seja, poderia ser retirada a sustentação mecânica dos pacientes.

Assim, para Mithra *et alii* (2013) os requisitos para o sucesso do programa de transplante de órgãos inclui consciência e atitudes positivas da população, pois a falta de conhecimento e entendimento sobre doação, atitudes religiosas e superstições têm gerado medo na comunidade em geral, especialmente nos pacientes terminais. Para esses autores é importantíssimo, então, abordar o assunto mais profundamente, seja com a população geral, seja com a equipe que lida com essa situação.

Várias são as tentativas de aumentar o número de doações. Uma alternativa encontrada em alguns países para a falta de órgãos é o estímulo financeiro. Contudo, Garrafa (1996), defende que é preciso estimular a doação altruísta, uma vez que o ser humano não é uma mercadoria, não podendo, portanto, ser comercializado em seu total ou suas partes. Todavia, em relação às campanhas para doações altruístas, a autora coloca que elas nunca acompanharam o avanço da ciência, nem mesmo utilizaram dos meios de comunicação em massa para atingir um número maior de pessoas, com mensagens mais claras e objetivas. Ressalta também que deveriam ser permanentes, afirmando: “o aspecto mais vulnerável que se verifica nas iniciativas que procuram estimular as doações voluntárias de órgãos é que estas são geralmente programadas de forma transitória, durando algumas semanas” (pág. 217). Sobre as campanhas para aumentar o número de doações, Vélez (2007) diz que cumprem, ou tentam, função integradora de valores, ou seja, vão tentar mexer na moral das pessoas, demonstrando que o ato de doar exerce poder sobre a continuidade social, ou seja, que o ato de doar

tem que ser transformador e não algo isolado, tem que afetar toda uma comunidade, exercendo influência nos demais indivíduos.

Sobre a doação, Pfeiffer (2006) diz que esta tem que ser um dom, ou seja, dar o funcionamento a outra pessoa, não podendo passar pela obrigatoriedade, mesmo que moral/social, sem esperar qualquer tipo de recompensa ou algo em troca. Nesse ponto a autora chama a atenção para as questões éticas que perpassam esse processo.

O transplante põe o ser humano frente a sua condição maior, que é a dependência, pois a vida do transplantado depende da vontade do doador que queira dar vida à outra pessoa. A vida do receptor é um presente, uma graça que está recebendo, ou seja, há nesse processo algo muito além do extirpar/implantar, há as relações sociais e psicológicas envolvidas. Contudo, Torres (2003) aponta para além da beleza do ato de doar órgãos, dizendo que o transplante implica, em dois fracassos: “de um lado a medicina não conseguiu salvar a vida de uma pessoa, curá-la de sua doença, de tal modo que ela necessita de alguém que lhe doe um órgão para poder sobreviver; de outro lado, alguém sadio, jovem, tem que morrer, em muitos casos, para que seu(s) órgão(s) sejam doados e outro ser humano consiga viver.” (pag. 481)

Reiterando, Vélez (2007) argumenta que é preciso levar em conta a demanda que o familiar traz, devendo dispor das informações necessárias, incluindo o tempo de espera e a tomada de decisões. A justificativa é que quando essas demandas não são atendidas se tornam causa de arrependimento, o que faz com que isso se propague socialmente, dificultando o processo de captação de órgãos. Os familiares esperam reciprocidade, mas não de órgãos. Inconscientemente anseiam por reconhecimento pelo seu ato, uma compensação social, que pode ser um mínimo de informação sobre o processo após a doação.

Contribuindo com essa discussão, Bendassoli (2000) argumenta que “a compreensão psicológica sobre a doação de órgãos deve fazer parte de uma reflexão maior capaz de incluir uma análise das práticas científicas, culturais e médicas nas quais o corpo está sendo engajado nos dias de hoje.” (pag. 143). Ainda de acordo com o autor, a identidade pessoal passa pela questão corporal, que se projeta na cultura e no espaço social, pois é ali que o indivíduo se reconhece enquanto ser no mundo, compartilhando suas igualdades e destacando sua singularidade. O que acontece com a doação de órgão é que ela pode abrir um buraco, uma fissura nessa configuração, pois vai desfigurar justamente aquilo que identifica o sujeito, seu corpo. Dessa forma, é possível pensar que

haverá transferência de corpos, ainda mais quando esse órgão é o coração. Assim, o órgão transplantado passa a ter um não-lugar, uma vez que não pertence àquele corpo.

Então, não se pode considerar o corpo apenas do ponto de vista anatômico/fisiológico, mas como um todo, no que ele é no mundo. A psicanálise considera o homem na sua subjetividade, sabendo que o corpo é o lugar de expressão dessa subjetividade, no entanto, não delimitando esse corpo às determinações de forças sociais/culturais. “O corpo da psicanálise é o corpo erógeno, ou seja, superfície pulsante marcada pelo desejo” (p. 147). O autor, por último citado, ressalta que não é absurdo imaginar que a doação de órgão é um desejo de prolongamento da vida, de arrasta-la eternamente, o que está arraigado no imaginário social. Fala ainda que essa é mais uma tentativa de afastar a morte definitivamente. Carrasco (2005) destaca que embora o cadáver provoque rechaço e distância, possui status especial, marcando a presença da pessoa que conviveu com todos. O corpo conserva uma dignidade que atravessa a morte, ultrapassa ela, tanto é que ele não é objeto de disposição, sendo que a decisão de doar ou não é da família, mas que, em geral, respeita a vontade do falecido, como mais uma prova de que o óbito não encerra a ligação entre aquele que se foi e os que ficaram.

Sobre o cadáver Pfeiffer (2006) ressalta que a coisificação do corpo pode se intensificar, tendo a concepção de que este seja apenas uma máquina. Assim, defende que o cadáver deva ser tratado como uma pessoa, que teve uma consciência de si. Dessa forma ele tem os direitos garantidos e aos profissionais, como sujeitos éticos, é mister que respeite-os. Não se pode realizar uma ação sem entender que mesmo morta, essa pessoa tem direitos. Uma solução seria o consentimento presumido, feito pela pessoa ainda em vida. Contudo na maioria dos países, ainda que se adote tal procedimento, o corpo do falecido é da família, cabendo a ela decidir seu destino, o que é uma contradição esse fato, pois não se está respeitando o desejo do falecido. Isso se dá porque a concepção que se tem é que a vida está ligada à consciência. Vem daí a afirmação de que a morte cerebral é a morte em si, ou seja, sem consciência o corpo é apenas uma máquina.

Giordano (2005) refere que há pesquisadores defensores do conceito que o corpo pós-morte não tem consciência, isto é, não é uma pessoa em si, sendo então *res pública*, público, de interesse coletivo. Propõe que a autonomia do sujeito não está sendo violada, uma vez que não há mais vontade, baseando essa ideia nas concepções gregas de que só se é uma pessoa quando se tem algumas capacidades, em especial o raciocínio. Deriva da concepção filosófica amplamente propagada da separação entre

corpo e mente, ou seja, um independente do outro. Assim, alega que não é lícito, também, que os parentes possam decidir pelo falecido, tendo em vista que estariam, então, ferindo a autonomia do morto. Se o corpo não pertence a uma pessoa morta, muito menos ele pertence aos familiares, não sendo é de ninguém (nem a Deus nem aos parentes) sendo, então, de todos: é uma coisa pública. Entretanto, o próprio a autor salienta que o pertencimento, a saber, a relação afetiva entre os parentes, gera responsabilidades, dando assim, moralmente o direito ao corpo do outro.

Dessa forma deve ser levado em consideração, por um lado, o valor do respeito por este direito, o que os outros significativos têm que fazer decisões sobre a pessoa morta e, por outro lado, outros valores, o bem que pode ser feito para outras pessoas com órgãos e tecidos do finado, na questão sobre a retirada de seus órgãos.

Argumenta ainda Giordano (2005) que os rituais fúnebres são importantes, tendo vários estudos psicológicos que corroboram essa visão. Relata que interferir nestes é intrometer-se na forma como os parentes articulam a perda. Assim, é mister dizer que a doação vem na contramão, uma vez que na visão social há uma violação do corpo.

Portanto, apresenta como proposta a educação sobre o tema em escolas e universidades, pois a disponibilidade de órgãos e tecidos pode ser aumentada através de avaliações e escolhas responsáveis. Nesse mesmo pensamento, Almeida *et alii* (2003), Moraes, Massarolo (2009) enfatizam que é preciso implementar programas de educação sobre transplantes, sobretudo com os profissionais de saúde, uma vez que apenas a solidariedade não é suficiente para autorizar a doação, é necessário se atentar para outras variáveis psicossociais. Almeida *et alii* (2003) alertam para o fato de que a autonomia de tomada de decisões só é verdadeira quando o conhecimento é pleno, mas que na população brasileira há grande desinformação sobre o transplante de órgãos.

É importante destacar que não há a presença do profissional de psicologia em nenhum momento do processo de doação. San Gregorio (2002), Manzari *et alii* (2012), Fernandes, Bittencourt, Boin (2015), defendem que é necessário a atuação do psicólogo no processo doação/transplante, nos seguintes aspectos: criação de programas informativos dirigidos à população geral; oferecer aos profissionais de saúde, de modo geral, treinamentos sobre o processo; ofertar aos profissionais diretamente envolvidos programas que possam capacitá-los na comunicação; propiciar apoio psicoterápico a esses profissionais; auxiliar os familiares dos doadores.

Na opinião de Carrasco (2005), os profissionais que trabalham com o processo de transplante de órgãos, legitimam e difundem as tecnologias do corpo, uma vez que

redefinam o início e o fim da vida. Assim, elas precisam estar atreladas aos novos conceitos e paradigmas de identidade e da existência humana. Pfeiffer (2006), contribui, dizendo que o transplante de órgãos seria impossível sem os avanços tecnológicos, mas que essa tecnologia acaba muitas vezes afastando médico e paciente, fazendo com que tanto um como o outro dependa dos resultados dos estudos, dando maior confiança ao aparato do que ao saber do profissional. Entretanto, a mesma pesquisadora ressalta que quando temos um resultado positivo, acaba-se por não se questionar a ética de tal ação. O transplante, por ser algo comprovadamente científico, tem o aval social e coloca este procedimento acima de qualquer suspeita. “A terapêutica em que mais confiança se tem é ‘a faca’, dito em linguagem popular” (pag. 10). Contudo, enfatiza que a tecnologia não pode sobrepor a humanidade, ou seja, não se pode considerar o corpo apenas uma máquina em que saúde seja tão somente conseguir um equilíbrio homeostático.

Para se ter a dimensão total do processo é preciso entender, antes de tudo, que lidar com a morte e o transplante de órgãos é algo complexo. Sobre isso, Moraes, Santos, Massarolo (2014) dizem que o cotidiano da equipe de enfermagem que trabalha nesse campo é repleto de obstáculos, como a escassez de recursos humanos e materiais e a falta de preparação técnica dos profissionais. Isso acarreta na demora da identificação do potencial doador, na comunicação à família e conseqüentemente na abordagem para a possível doação, na manutenção dos órgãos e na liberação do corpo, o que acaba por fazer com que haja apenas a notificação ao SNT de um em cada oito possíveis doadores, calhando em custos e leitos ocupados sem necessidade, além de aumentar a dor da família e a se perder os órgãos.

Sobre a notificação, ainda de acordo com os autores citados por último, quando um doador é identificado o médico deve realizar o diagnóstico através de exames a fim de verificar a ME, mas não é o que tem acontecido, seja pela falta de conhecimento técnico, seja por dificuldades particulares em lidar com tal situação. A burocracia é um dos fatores que atrapalham muito, uma vez que quando há morte fora do hospital, o Instituto Médico Legal deve liberar o corpo, o que muitas vezes, devido à demora, dificulta ou até mesmo impossibilita a doação.

Abordando a questão da manutenção do doador, Knih, Schirmer, Roza (2011) afirmam que o grande desafio é manter o doador potencial, ou seja, conservar os sinais necessários do paciente em ME, até que a família autorize a doação dos órgãos para que possam ser retirados. Quando se consegue resolver estes problemas é possível aumentar a taxa de doação. Moraes *et alii* (2014) entretanto destacam que esse procedimento

requer os mesmos cuidados que um paciente vivo, o que, muitas vezes acaba não sendo feito, seja por, inexperiência falta de vontade ou de logística.

Como mencionado, o transplante não é tão somente a retirada/implantação de órgãos estando vinculado a diversos conflitos. Knih, Schirmer, Roza (2011) afirmam que junto com a melhora nas técnicas de transplante, levando, conseqüentemente à maior demanda, também houve o aumento dos dilemas éticos. Para eles o profissional que está inserido neste campo deve ter um perfil que saiba lidar com a morte para trabalhar bem com a família do potencial doador e a equipe deve conhecer todo o processo envolvendo a logística, legislações pertinentes assim como manejar questões psicológicas. Bittencourt, Quintana, Velho (2011) adicionam elementos à discussão ao ressaltarem que o profissional que assume este compromisso deve refletir criticamente sobre os princípios éticos que perpassam esse processo. San Gregorio (2002) faz relação entre a Ética na psicologia e a doação de órgãos, uma vez que se trata de pessoas com suas histórias em um momento de dor. Contudo, a doação pode trazer um alívio na dor provocada pela perda de um ente querido. A autora destaca que é preciso que se respeite a autonomia do sujeito, além de levar a crer que a doação trará benefícios sociais e que não fará mal ao doador morto. Faz-se mister também que o familiar acredite no sistema de saúde, que esse é justo e os órgãos serão distribuídos de forma correta a quem necessita, obedecendo os critérios legais.

Siddiqui *et alii* (2012) em pesquisa realizada com médicos acerca da abordagem de um parente de paciente com ME para obter autorização para a doação de órgãos, revelou que 42% não desejavam fazê-lo e apenas 22% considerou a obtenção do consentimento como parte de seu trabalho. Os pesquisadores também avaliaram os fatores que fazem os profissionais de saúde serem relutantes sobre a ação, ao que foi respondido que não foram devidamente treinados para tais situações; temiam eventual recusa do paciente; estavam apreensivos de tratar um doente em oposição ao transplante de órgãos; eram temerosos de danificar a confiança do enfermo, piorando a sua angústia e levando-o a tornar-se agressivo.

Acrescentando ao relatado, Robey, Marcolini (2013) assinalam que para os médicos cirurgiões que trabalham com transplante a maior dificuldade no trabalho passa pelos dilemas éticos, sendo muitas vezes o centro do processo. Ressaltam que há poucas discussões dentro da equipe, lembrando que todas as decisões pertinentes ao procedimento são feitas rapidamente, cercada de cuidados fisiológicos para que os órgãos a serem transplantados continuem em saudáveis condições.

Sobre esse tema Kosieradzki *et alii* (2014) relatam que por receios próprios há atitude relutante dos médicos, se traduzindo em não diagnosticar a ME, não desligar a ventilação e evitando conversa com os familiares. Os autores confirmam, então, que existe a necessidade de treinamento para os profissionais envolvidos no processo de doação de órgãos, em especial os médicos, desenvolvendo habilidades psicológicas na comunicação assim como lidar com as emoções pertinentes, pois mais 73% dos participantes disseram que solicitar a autorização da doação era estressante e desagradável, sendo que a angústia da família foi apresentada como o maior fator para não solicitar a doação, tornando a abordagem ainda mais complicada. Assim, defendem que é preciso formar médicos não somente focados em habilidades técnicas, mas também nas sociais e psicológicas. Argumentam ainda que é preciso uma atmosfera de trabalho favorável em uma UTI, onde haja meios para que esses profissionais se desenvolvem nos aspectos mencionados, o que faz existir a necessidade de um profissional da psicologia para auxiliar neste trabalho.

Dessa forma os autores afirmam que a taxa de doação pode ser afetada principalmente pelas atitudes dos profissionais envolvidos no processo, entendido como sendo desde a comunicação da morte, e defendem mais educação e apoio a todos os que lidam com esse processo.

Em relação às condições que facilitam ou dificultam a entrevista com o familiar do potencial doador Santos, Massarolo (2011), em pesquisa feita com profissionais das OPOs, relatam os principais fatores. As variáveis que podem auxiliar ou dificultar são: o caráter da assistência oferecida; a linguagem usada; conhecimento que os familiares têm a respeito da ME; o local da entrevista; a postura do profissional; a falta de esclarecimento dos familiares sobre a doação de órgãos. Os pesquisadores relaram ainda que há hospitais que não possuem infraestrutura adequada. Assim, o primeiro passo no processo de doação e transplante já encontra sérias dificuldades, tendo que realizar a abordagem em corredores ou em salas que não satisfazem a necessidade.

Carrasco (2005) e Almeida (2011) apontam que a equipe que aborda o parente do falecido para captar o órgão é recebida com desconfiança, uma vez que é vista como destruidora, muitas vezes por falta de informações pertinentes. Adiciona-se a esse fato, ainda que fantasioso, a questão do medo do tráfico de órgãos, acreditando-se que esses profissionais estão implicados no ato ilícito de roubo.

Consentir ou não a doação passa necessariamente pelo contato da equipe com os parentes para conversar sobre a autorização e Martinez *et alii* (2008) lembram que os

familiares estão atentos aos sinais emitidos desde o momento da internação do paciente, até essa abordagem. Assim, quando se interpreta esses sinais como positivos a tendência em aceitar doar é maior. Nesse mesmo sentido, para Bousso (2008) e Almeida (2011), a interação com os profissionais envolvidos vai diminuindo as incertezas sobre o processo de doação, pois é justamente nessa ligação que a família busca respaldo para sua decisão. Podem surgir também nesse momento novas informações que auxiliarão nessa deliberação nada fácil, ou seja, é de suma importância a confiança na equipe, porque ela que diminuirá ou aumentará o grau de incertezas acerca do processo. Randhawa (2012) e Kosieradzki *et alii* (2014) corroboram ao afirmar que o diagnóstico de ME traz sofrimento para a família, o que torna o maior obstáculo para os médicos, ou seja, comunicar à família, dar conta dos sentimentos dela em relação à morte do parente. Os autores dizem que essa conversa é difícil, já que requer conhecimentos e um alto nível de habilidade de relação interpessoal.

De acordo com Martins, Cosmo (2009), o momento do anúncio do falecimento do parente pode fazer com que o grupo familiar use do mecanismo de negação, típico nestes casos, dificultando ainda mais o processo de doação. “Assim, o familiar que crê na reversão do quadro clínico do paciente nega-se a conversar sobre a doação de órgãos, pois falar sobre o assunto é adicionar mais dor e sofrimento a quem está sofrendo com a situação de perda.” (pág. 1187). Dessa forma, a equipe tem grandes responsabilidades, pois não é um ato apenas técnico, mas, sobretudo uma situação que desencadeia conflitos e põem em jogo a dinâmica, tornando o cuidado de fundamental importância, pois as dúvidas, fantasias e ansiedades podem se converter em desconfiança à equipe, o que fatalmente levará a não autorização da doação.

Entretanto, deve-se destacar que a morte de outrem faz com que o próprio sujeito se dê conta da sua finitude, emergindo a sensação de impotência, por isso, os autores defendem que a abordagem só deve acontecer quando os familiares tiverem condições emocionais e suficientemente bem esclarecidos em todos os aspectos técnicos e legais, inclusive sobre o possível atraso no funeral. Martins, Cosmo (2009) e Randhawa (2012) Acrescentam que a família, mesmo decorrido algum tempo, ainda pode vivenciar conflitos em relação à doação, o que torna importante que o luto, envolto em todos seus rituais seja respeitado, dando tempo para se despedir daquele que faleceu. Assim, é necessário haver acompanhamento em todo o processo, desde o momento da fatídica notícia, até a entrega do corpo, independente de ter sido autorizada ou não a doação. Nesse sentido, a psicologia pode contribuir com o seu saber para auxiliar nesse

momento de sofrimento, sendo relevante também para a ajuda da equipe em manejar os conflitos que surgem. Bousso (2008) adiciona elementos à essa discussão quando relata que o falecimento de um parente próximo, não é apenas biológico, mas também um processo emotivo e cognitivo. A autora aponta que todo o procedimento precisa ser levado em consideração, para o planejamento da intervenção. Quando há incertezas, sejam quais forem, é preciso dar suporte no sentido de elucidar o que ainda não está claro.

Quando o contexto promove a aceitação do sofrimento, acolhe dúvidas, proporciona tempo para a família compartilhar ideias e sentimentos, facilita o acesso ao suporte social, oferece as informações necessárias, a família pode caminhar por uma trajetória de recuperação na qual o processo de decisão acontece com menos conflito. (pág. 53)

Para as famílias que são resistentes à doação, Blanca *et alii* (2007) sugerem convidar a uma maior reflexão antes de tomar a decisão final, ofertando mais argumentos a favor da doação e dar mais tempo para a definição, gerando confiança para que os familiares tomem uma atitude favorável, mas Manzari *et alii* (2012) lembram que os parentes devem ser tratados com respeito, independente da decisão, tendo acesso ao seu falecido em todos os momentos para as despedidas de praxe. Entretanto, para a maioria das famílias o momento mais difícil emocionalmente é entre a autorização da doação e a transferência do corpo para a sala de cirurgia. Então quanto menos demorar, menor será o sofrimento dos parentes, sendo justamente esse período de maior necessidade de apoio psicológico. Dessa forma, os autores destacam que a angústia não cessa quando se autoriza a doação, ao contrário, pois o processo até a liberação do corpo para os rituais fúnebres é longo, não havendo qualquer acompanhamento ou auxílio emocional. Os autores sugerem também que na hora de entregar o corpo seria importante haver um membro da equipe presente, a fim de oferecer apoio, além de demonstrar empatia e gratidão pela decisão de doar, honrando o falecido de alguma forma.

Assim, é preciso que se trabalhe com a família respeitando seu momento, suas condições, levando em consideração o contexto em que ela está inserida, pois isso auxilia a minimizar o sofrimento e na tomada de uma decisão mais coerente com seus princípios. É necessário mudar o foco da captação de órgão, para que também se possa cuidar da família no processo de morte e luto, indo além da possibilidade da doação. Segundo Sadala (2001) em alguns casos os familiares podem se sentir desprezados, levando ao pensamento de que o que o importante é apenas os órgãos. Aliado a esse

fato, a longa demora no processo faz com que a autorização da doação se torne mais difícil, fazendo com que futuras doações estejam ainda mais perto do impossível, porque essa espera para a liberação do corpo altera os hábitos, inclusive os religiosos, dos familiares, gerando ainda mais angústia. A autora acrescenta que em instituições em que há acompanhamento após a doação, estas são avaliadas mais positivamente, o que sugere que haja um acompanhamento, obtendo informações durante todo o processo e não somente na hora da abordagem para a autorização. Notícias sobre o receptor também são bem vindas àqueles que doaram, sendo inclusive o desejo expresso de alguns deles.

Em relação à doação em si, Avilés, Rivera, Catoni (2014) mencionam seis categorias compreensivas: 1) é uma experiência de sofrimento, pois a morte traz a perda irreversível, e a doação reafirma essa condição; 2) se mostra um processo de difícil decisão que marca a vida do sujeito; 3) as consequências psicológicas se estendem à família; 4) estão presentes as representações socioculturais: o medo da violação do corpo, o temor de que o falecido não seja respeitado, assim como o pavor de que os órgãos não sejam adequadamente destinados ou pior, que sirvam para o tráfico, sendo então destinado às pessoas com mais recursos financeiros, algo tão propagado socialmente; 5) há necessidade de ajuda psicológica pós doação, destacando que tão somente o apoio entre os familiares não é suficiente, uma vez que o desamparo por falta dos profissionais acaba por gerar sentimento de que deseja-se apenas os órgãos e que ninguém se preocupa com os parentes do falecido; 6) o significado, pois esse ato permite, na concepção dos familiares, que o parente morto continue vivendo. Logo, o orgulho é um sentimento presente nesses sujeitos, gerando satisfação e bem estar além do reconhecimento social de que são boas pessoas, pois a doação atravessa a morte, dando vida a outros.

Martinez *et alii* (2008) ressaltam que a situação delicada e emotiva, a pressa em tomar decisão e a sobrecarga de informações podem atrapalhar e fazer com que não haja a permissão. Assim, sugerem que ao abordar os familiares deve-se usar de argumentos e estratégias adaptadas à situação de cada um.

Pessoa, Schirmer, Roza (2013) são da opinião que solicitação para autorização da doação tem grande impacto sobre a família, e isso dura longo tempo após a morte do parente, sendo então, um processo nada simples.

Entretanto para Bousso (2008) o que inibe ou estimula a doação é um conjunto de vivências, não apenas um momento. O conceito social de que o transplante salva vidas

faz com que os parentes se deparem com essa realidade na hora do falecimento do seu parente, mas para que se considere isso é mister assumir que o ser amado não está mais vivo, o que é complicado, ainda mais quando se trata de ME. “Diante desta condição, a decisão de autorizar a doação é direcionada, também, por um aspecto moral, que determina a ação de salvar a vida de outras pessoas e tem como objetivo minimizar a dor e aliviar o sofrimento, durante o processo de luto” (pág. 50). Em relação a esse ponto Sadala (2001) aponta que ajudar os outros, no plural, é o principal motivo que leva à doação, tendo o valor de conceder novamente a vida. Ela alega que há dois tipos de autorizações: a consentida, feita imediatamente pela família e a que há uma divisão de opinião entre os membros, fazendo com que aqueles que não concordam cedam à pressão dos que são favoráveis.

Sobre os dados sócio-demográficos dos familiares doadores, pode-se dizer que são escassos. Acerca desse tópico, Pessoa, Schirmer, Roza (2013) de acordo com pesquisa realizada por eles, entre os parentes que autorizaram o transplante, chegaram à conclusão de que: 29% têm Ensino Fundamental, 33% Ensino Médio e 36% Superior. Sobre a renda, a maior parte das famílias, 48% possuíam uma renda de um a três salários mínimos; 19% entre três a cinco salários e 19% acima de cinco. Quanto à crença, 64% eram católicas, 17% evangélicas e 12% de outras religiões/crenças, ou seja, 81% era cristã. Sobre o estado civil os casados eram 38%, viúvos 19%, união consensual 5%, solteiros 26% e divorciados 12%. Acrescentando mais informações, Martinez *et alii* (2008) relatam as mulheres foram quem tomaram a decisão, independente de estarem ou não os homens presentes, com o que Avilés, Rivera, Catoni (2014) corroboram em sua pesquisa, acrescentando que quase que exclusivamente essas tinham parentesco consanguíneo com o falecido.

Fernandes, Bittencourt, Boin (2015) realizaram pesquisa com familiares de doadores, onde dos sete participantes, 4 eram mulheres e três homens, com laços consanguíneos, à exceção de um doador. Também surge como dado a baixa escolaridade, pois nenhum participante tinha mais que o Ensino Médio completo.

Citamos Ralph *et alii* (2014) ao relatarem que falta de informação científica sobre o acompanhamento de familiares que autorizaram a doação, assim como há poucas evidências sobre o impacto dessa ação. Eles sugerem então que haja mais pesquisas nessa área para se averiguar quais são os riscos de conflitos psicológicos da pós doação, assim como que exista serviços de saúde que ofereçam apoio especializado para essas famílias, uma vez que mesmo que se tenha a sensação de ter salvado vidas, a incerteza

tanto sobre a morte, quanto do processo todo, é grande entre os familiares, que demonstram uma forte carga emocional e psicológica. Dueke (2010) oferece uma explicação de que o consentimento na doação implica em desinvestir na situação que causa dor e conceder a um outro, que é desconhecido, o seu interesse em viver, sendo preciso reconhecer a morte e se desprender do parente falecido.

2.5 Aspectos Psicanalíticos da doação

A doação de órgãos tem diversas facetas, muitas delas inexploradas, onde a Psicanálise traz grande contribuição. Nesse sentido, Le Bretón (1995) *apud* Carrasco (2005) diz que a doação esbarra na sacralidade do corpo e dá a ele um status de objeto/máquina, podendo ser desmembrado em várias partes, atribuindo, então, o caráter de mercadoria, se convertendo em matéria prima, preciosa e rara. Assim, com a morte, há a perda da significação como presença de alguém, que se torna produto para consumo. No entanto, esta concepção vem ser aplacada pela noção de altruísmo, de presente para a vida, tentando amenizar essa drástica ideia.

O autor destaca que para aqueles que ficam o corpo continua sendo o outro, o parente querido e cuidar desse ser amado é parte de um dever e causa satisfação. Embora o cadáver esteja rígido, teso, assim mesmo o falecido ainda está ali e este estar implica, então, deveres dos vivos para com o morto.

A fantasia de presença do falecido faz com que a doação seja percebida como um sofrimento, uma mutilação. Assim diz Carrasco (2005): “Doar órgãos é duro porque a outra pessoa ainda está presente e, no sentir dos familiares, em seu imaginário, está vivo e ainda sentindo” (pag. 113). Dessa forma, a extirpação dos órgãos é vista como uma nova agressão à pessoa que partiu, chegando a se falar em esquarterar, charquear e destruir. Ainda, o contexto sociocultural tem forte influência na importância e significação dada ao corpo, pois a sociedade e cultura o moldam, ditando o que se espera ser algo perfeito, e também o que fazer com ele, ou seja, pertence mais à cultura do que a uma identidade biológica.

Carrasco (2005) observa que a visão dicotomizada corpo x mente fez com que durante séculos não o olhasse no todo, como se um não fosse o outro. O eu, então, é alguém constituído socialmente, isto é, o corpo social define a forma como se percebe, se sente o físico. O autor afirma que o corpo tornou-se nas últimas décadas motivo de veneração e, conseqüentemente, de estudos sobre aspectos relacionados a ele: aparência, cura, funcionamento, duração, além de sua representatividade simbólica.

Sobre o transplante de órgãos o autor diz que as tecnologias aproximam cada vez mais o desejo de vida eterna ou até mesmo de criação dela, pois é possível tirar o órgão, mas manter seu funcionamento em outro corpo, o que requer a participação social, uma vez que é necessária uma doação. Em suma, o transplante ao mesmo tempo traz a fantasia da retaliação corporal e carrega também a da imortalidade.

Fazendo o enlace entre a Psicanálise e o transplante é preciso, então, entender a concepção de corpo e sua função dentro desta teoria, começando pela pulsão. Nesse sentido, Viana (2004) salienta que a pulsão não é psíquica em si mesma, pois somente aquilo que as representa alcança o psiquismo. Em outras palavras: pulsão é descarregada no corpo material, não sendo este livre, portanto, do inconsciente. É na matéria (corpo) que a pulsão encontra o representante para sua descarga.

Freud (1920/1996), no texto *Além do Princípio do prazer* deixa ainda mais evidente a natureza do conflito entre as pulsões sexuais e as pulsões do eu ou de autoconservação. É possível então entender que o corpo dá o status de Eu, de uma unidade, colocando o corpo como a via de descarga das pulsões, num eterno ciclo, sendo que as de vida encontram representação e as de morte não encontram, sendo irrepresentáveis.

Viana (2004) afirma que esse dualismo coloca a oposição entre o sexual e o não sexual. Diz ainda que a partir de 1914 isso se torna mais embaraçoso, quando Freud introduz a questão do Narcisismo, concebendo o indivíduo como autoerótico, libidinizado, ou seja, como objeto de pulsão sexual. Dessa forma pode-se pensar na libido voltada para o próprio sujeito, o que, segundo Freud é necessário para a autoconservação.

Freud redimensiona o conceito de narcisismo, que no meio da comunidade científica é tido como perversão, no sentido de ultrapassar o plano da necessidade que mantém a sobrevivência da espécie, e o estabelece como determinante na estruturação do eu e do corpo, pois para se constituir uma imagem de si mesmo, é preciso um investimento na imagem do corpo. Desta forma, o narcisismo seria o investimento libidinal no próprio corpo, mas esse corpo não está dado de antemão. Corpo e organismo não coincidem na psicanálise. Do mesmo modo, assim como o corpo, o Eu também precisa ser construído. O Eu como efeito das identificações provindas do investimento pelo Outro não está presente desde o início.

De acordo com Freud (1914/1996), o narcisismo consiste, antes de tudo na identificação com o outro, sendo que a criança assume a imagem do corpo de outro

como sendo a sua, através da linguagem, ligando esse sujeito ao ser, a uma história passada e futura. Descrevendo de outra forma, o sujeito é a partir do desejo do outro, das projeções desse outro ser, pois a constituição da criança tem origem no investimento libidinal associado à linguagem.

O estágio do espelho para Lacan (1966/1998) seria uma identificação, ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem. A importância desse estágio afirma o corpo enquanto fruto dos efeitos gerados pela assunção da imagem.

O imaginário emerge como função, e como tal, se exerce na operação de constituição do Eu. Portanto, a palavra ordena o imaginário, dá lugar ao processo de identificação do sujeito com sua imagem corporal e com seu eu. O corpo se faz, e se desfaz como organismo, na trama discursiva, possibilitando, então que o registro do imaginário venha cumprir a sua função.

Freud (1915b/1996) Há dois tipos de pulsões: de vida e de morte, onde esta vai para além da autoconservação. O que essa pulsão deseja é sua própria extinção, retornando ao um estado primitivo. Contudo, as duas estão misturadas, nunca se encontrando em um estado puro.

Ao conceber a pulsão de morte, Freud acredita que o movimento básico do organismo é a morte, sendo a vida um esforço ininterrupto a fim de bloquear essa tendência. Vale ressaltar que esses são processos inconscientes.

Essa relação acontece através da linguagem, onde o corpo é colocado nessa dimensão, ou seja, no que é social à pequena criança, podendo se afirmar que é atravessado pela linguagem, não sendo uma unidade, ele precisa ser construído no intercâmbio com o Outro. Em outras palavras, o sujeito humano articula eu sou um corpo, eu tenho um corpo, conforme aponta Lacan (1975/2007), reafirmado por Carbonel (2016). Dessa forma, pode-se perceber, então que a mutilação causada pelo extirpação da doação é um ataque ao psiquismo.

Diante de tudo que foi exposto, Gonzalez (2009) diz que o transplante de órgãos não é apenas uma intervenção cirúrgica. De acordo com a autora, para psicanálise o corpo não é a parte oposta do psíquico, não são duas instâncias separadas, ao contrário, existe uma ligação complexa entre um e outro.

Lacan (1975/2007), diz que o sujeito se relaciona com o corpo através de três registros: Imaginário, Simbólico e Real, onde o Imaginário é o que o sujeito, no estágio do espelho aprende do Outro, o Simbólico é o que o Outro lhe dá como significante e o

Real aquilo que escapa disso, ou seja, não alcança significação sendo, então a conquista desses registros no organismo. Miller (2016), retoma esse tema ao falar que o “o corpo condiciona tudo o que o registro imaginário aloja de representações: significado, sentido e significação, a própria imagem de tudo” (pág. 23).

O corpo na modernidade é de uma ordem diferente, deixando de ser algo condenado a apodrecer, podendo ser modificado através da tecnologia médica, onde o sujeito mais que ser um, passa não somente a possuir, mas dispor dele, como é o caso dos transplantes, o que ainda de acordo com Gonzalez (2009), substitui a ideia da sacralidade do corpo pela concepção de dignidade, o que é objeto de um longo e forte debate que divide o discurso social.

Seguindo a autora, falar do corpo na doação de órgãos, pela visão da psicanálise, implica entender que este processo alcança tanto o doador quanto o receptor, envolvendo uma gama de afetos e significantes, tanto conscientes quanto inconscientes. O transplante de órgãos leva ao extremo a relação Eu-Outro, o que gera muita tensão, uma vez que esse outro é alguém que não é conhecido, envolvendo então a dinâmica imaginária, simbólica e real dessa relação.

Destaca ainda que a ciência do transplante acaba por não levar em consideração que o processo de doação de órgãos está repleto de fatores psíquicos, o que implica em considerar ao mesmo tempo a determinação que tem os aspectos sócio-culturais, simbólicos e religiosos do corpo, indo além da dimensão biológica. Reconhece que fora os motivos e causas conscientes, há, sobretudo, questões inconscientes que podem atentar contra a subjetividade do familiar que autorizou a doação, uma vez que ele se identifica com o parente falecido, ou seja, esse sujeito sente a mutilação como sendo a sua própria.

Desse modo, Lacan (1975/2007) leva em conta a diferença entre o corpo que tenho e o corpo que sou. Contudo, o transplante coloca o sujeito frente a uma desestruturação que modifica a relação que ele tem com seu corpo nas dimensões mencionadas. O órgão retirado desencadeia um estranhamento no corpo, que pode fazer surgir fantasias de fragmentação ou de angústia. Talvez aqui haja uma explicação para que não se tenha tantos doadores. Como reflexão, Gonzales (2009) aponta que a técnica médica avança mais rápido que o estudo sobre os aspectos psicológicos da doação de órgãos.

3 OJETIVOS

3.1 - Geral

- Conhecer os aspectos psicológicos inerentes à doação de órgãos.

3.2 – Específicos

1. Identificar quais são os fatores psicológicos determinantes para a autorização;
2. verificar as características psicossociais das pessoas que autorizaram a doação;
3. caracterizar as equipes envolvidas no procedimento;
4. definir quais são os possíveis motivos de recusa de permitir a retirada do órgão;
5. compreender à luz da Psicanálise os fatores motivadores para doação ou recusa em doar órgãos;
6. verificar as características sociais da população geral;
7. sugerir as estratégias para fomentar a doação no Brasil;
8. fazer comparações com as políticas públicas adotadas em relação à doação, as leis e diretrizes pertinentes e do lugar da psicologia nesta área na Espanha;
9. sugerir nova composição da equipe que trabalha com o processo de doação.

4 METODOLOGIA

Essa pesquisa foi realizada com três grupos de respondentes em MS, Brasil, entre Outubro de 2014 a Abril de 2015.

Grupo 1: Familiares de doadores, totalizando 10 participantes;

Grupo 2: Profissionais que compõem a CIHDOTT, da Santa Casa de Campo Grande e equipe da OPO do Hospital Regional de MS, num total de 11 pessoas;

Grupo 3: População em geral que não teve envolvimento algum com transplante, sendo 216 sujeitos, sendo que 55 se recusaram a não participar,

Entre Junho a Setembro de 2016, com o fim de recolher dados para comparação, foi decidido que o pesquisador se deslocasse até a Espanha, país referência no assunto, onde até o momento o maior número de doações foi noticiado.

4.1 - Classificação da pesquisa

Essa pesquisa tem caráter prospectivo sobre a equipe e o público em geral e retrospectivo no que tange à família que autorizou a doação. É uma pesquisa descritiva e analítica, sendo qualitativa, em relação ao tipo de levantamento dos dados.

4.2 - Procedimentos

Para a realização da pesquisa foram solicitadas as autorizações:

- a) da Santa Casa de Campo Grande (Anexo D);
- b) do Hospital Regional de MS (Anexo C);
- c) da CET (Comissão Estadual de Transplante) de MS. (Anexo B).

Após as autorizações necessárias, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS).

Depois desses passos foi dado início ao trabalho de campo.

- a) Pesquisa com familiares (Grupo 1):

De acordo com nossa solicitação, a CET/MS com a devida presteza localizou os familiares que tinham autorizado as doações. Depois desse passo, entre os que concordaram em participar, o pesquisador entrava em contato via telefone para agendar um encontro em data e local estipulado por eles, para explicar detalhadamente a finalidade da pesquisa. Participaram pessoas das cidades de Campo Grande, Dourados, Três Lagoas e Aparecida do Taboado,

Foram entrevistados 10 familiares que assinaram o termo de autorização para a doação, sendo um sujeito por pessoa falecida, sem tempo restrito.

A coleta de dados deste grupo foi efetivada através de entrevistas realizadas pelo pesquisador, por meio de formulário semiestruturado (Apêndice C), sendo gravada por ele para posterior transcrição, sendo feitas no domicílio do familiar, em cômodo que resguardasse a privacidade, de forma que houvesse sigilo total.

b) Pesquisa com a equipe (Grupo 2):

Os participantes desse grupo eram contatados pelo pesquisador, explicando-lhes a finalidade do trabalho e agendado o melhor horário para a entrevista.

Foram entrevistados todos os profissionais que compõem a equipe da CIHDOTT da Santa Casa de Campo Grande e da OPO do Hospital Regional de MS, totalizando 11 participantes, não havendo restrição quanto de tempo.

A coleta de dados deste grupo foi efetivada através de entrevistas realizadas pelo pesquisador, por meio de formulário semiestruturado (Apêndice D), sendo gravada por ele para posterior transcrição, feitas em sala fechada, destinada a esse propósito, afim de resguardar a privacidade e o sigilo dos dados coletados.

c) Pesquisa com a população geral, incluindo os psicólogos e os médicos (Grupo 3):

A pesquisa cobriu todas as regiões da cidade de Campo Grande, a fim de que pessoas de todas as classes sociais e níveis de escolaridade participassem, baseando-se em dados do censo do IBGE. Abordava-se o sujeito, explicava-se a finalidade da pesquisa e caso o indivíduo concordasse participar era incluído no grupo. O recrutamento de participantes foi de modo aleatório, ou seja, não havia um direcionamento, sendo feito em residências, comércios, centros comunitários, entre outros. Entretanto os critérios de inclusão e exclusão foram criteriosamente obedecidos.

A coleta de dados deste grupo foi efetivada por meio de questionário padronizado, preenchido pelo próprio respondente (Apêndice B).

Não houve delimitação de tempo para o preenchimento do questionário

Anteriormente foi realizado o pré-teste piloto para otimizar as exigências da validação instrumental.

d) Pesquisa na Espanha:

O pesquisador entrou em contato com a Organização Nacional de Transplantes (ONT), órgão que rege todo o processo de doação de órgãos para averiguar quais foram as ações realizadas nos últimos anos por este organismo.

No Hospital Virgen de Arrixaca da Universidade de Murcia houve reunião com o principal pesquisador da área, o doutor Antonio Ríos.

Foram usadas fontes oriundas dos meios de comunicação da Espanha, entre as quais programas, reportagens e outras documentações referentes às doações e transplantes;

No que diz respeito às publicações e participações referentes ao rol da psicologia foi aproveitada a viagem e o autor visitou o Conselho Nacional e o Colégio Oficial de Psicólogos de Madrid.

4.3 - Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelas instituições em que foi realizada, conforme descrito nos procedimentos e pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS), sendo o Parecer: 855.643 e o CAAE: 36394014.9.0000.0021 (Anexo A).

Todo material, gravado e/ou escrito, ficará sob a responsabilidade do pesquisador por 5 anos e após esse período será descartado.

Ao concordarem em participar, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.4 - Análise dos dados

Foram analisadas todas as questões separadamente por grupo de participantes da pesquisa. Assim, embora seja uma pesquisa qualitativa, foram utilizadas técnicas quantitativas para a análise.

A Psicanálise lacaniana foi a teoria que embasou a análise dos dados qualitativamente.

Para tabulação dos dados foi utilizado o programa Microsoft Excel

Os dados transcritos correspondem exatamente às falas obtidas nas entrevistas sem correções. Contudo foram tomadas todas as medidas possíveis para evitar identificações dos participantes e, assim, resguardar o sigilo garantido.

4.5 - Critérios de inclusão

Os respondentes deviam ser maiores de 18 anos, alfabetizados e possuir residência em MS, concordar com a pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

4.6 - Critérios de exclusão

Não concordar com a pesquisa e/ou não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em se tratando do público em geral (Grupo 3), ter envolvimento direto com doação de órgão, seja como profissional, doador, receptor ou familiar de algum desses.

Pertencer à população indígena e de região de fronteira.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Famílias

Sexo do familiar que autorizou a doação:

Masculino: 1

Feminino: 9

Nossa pesquisa teve três populações. Sobre as famílias que autorizaram a doação de órgãos de seus parentes falecidos, a grande parte dos participantes era do sexo feminino, denotando que elas, mesmo quando há um homem presente têm melhor preparo psíquico para lidar com tal questão. Esse dado corrobora o que Martinez *et alii* (2008); Avilés, Rivera, Catoni (2014) e Fernandes, Bittencourt, Boin (2015), encontraram em suas pesquisas. É sabido também que, socialmente, as mulheres são mais sensíveis, mais propensas a benevolência.

Essa amostra também tomou essa formação uma vez que o Mato Grosso do Sul acompanha o cenário mundial, onde a grande maioria dos parentes que autorizam a doação pertence ao sexo feminino. Acrescenta-se que a CET não conseguiu entrar em contato com muitos homens, além de se mostrarem resistentes à participação.

Sobre a recusa em fazer parte da pesquisa, duas mulheres e um homem disseram que esse assunto é muito sofrido; um homem não quis falar nesse assunto de forma alguma e outro relatou não ser doador, autorizando apenas porque o parente falecido era.

Idade do participante:

Maior idade: 83

Menor: 29

A idade do parente que autoriza a doação parece ter uma relação direta com a maturidade para o momento. Conforme relatado pela equipe, o membro menos abalado e com mais características de chefiar é o procurado no momento da abordagem. Não é de se estranhar, então, que os participantes tenham idade acima de 30 anos ou próxima disso, uma vez que as pessoas mais velhas demonstram ter maior maturidade para lidar com essa delicada situação. Infelizmente não há dados na literatura que possam refutar

ou confirmar esse achado, o que remete a Ralph *et alii* (2014) ao dizerem que é necessário mais pesquisas sobre os familiares dos doadores.

Escolaridade do respondente:

Fundamental incompleto: 3

Fundamental completo:1

Médio incompleto:1

Médio completo:2

Superior incompleto: 1

Superior completo: 1

Pós graduação:1

Foi observado ainda, de forma empírica, isto é, conforme a percepção pessoal do pesquisador, não formalizada, que entre as dez famílias entrevistadas, nove estavam entre a classe baixa e média. Isto poderia ser pela falta da randomização do local da entrevista. Os dados sociais sobre doadores são escassos para poder fazer comparações. Contudo, essa observação permite pensar que as pessoas menos abastadas financeiramente têm maior preocupação com o outro.

Da população estudada, apenas dois participantes têm o curso superior completo e apenas um cursou uma pós-graduação. Outro participante começou a realizar a graduação, mas no momento havia interrompido, indo ao encontro do que Fernandes, Bittencourt, Boin (2015) encontraram em sua pesquisa. É interessante notar que mesmo com poucos anos de estudo, os parentes não hesitaram em autorizar a doação, demonstrando que a escolaridade não está diretamente relacionada, mas sim a concepção social que se tem sobre esse processo. Nossos dados discordam dos de Pessoa, Schirmer e Roza (2013), mas como não há muitos subsídios, são necessárias mais pesquisas para se corroborar ou refutar nossos achados.

Estado Civil:

Casado(a): 7

Viúvo (a): 1

Solteiro (a): 2

Considerando que alguém que é viúvo já foi casado, a amostra foi constituída basicamente por pessoas em matrimônio. Esse fator corrobora o quesito Idade, uma vez que as pessoas casadas um pouco mais de maturidade, além de um apoio vindo de alguém que não possui laço sanguíneo com o parente que acabou de falecer. É de se notar que os dois participantes solteiros têm idade acima de 50 anos, o que reforça a

hipótese do melhor preparo para lidar com esse momento de angústia, que é a morte de um ente querido. Uma das participantes solteira, contudo, tem filho próximo a idade do parente que faleceu. Isso vem ao encontro do conceito social de salvar vida, pois a relação mãe-filho faz com que se deseje que outros “filhos” possam continuar vivendo. Nossos dados afirmam o que Pessoa, Schirmer, Roza (2013) encontraram em sua pesquisa em relação ao estado civil dos familiares.

Filhos:

Sim:9

Não:1

Quase todos os participantes têm filhos, mas sobre esse ponto não foram encontrados estudos que possam colaborar na discussão.

É sabido que a relação entre mãe e filho é uma das mais fortes que existem. Assim, pode-se inferir que as respondentes dessa pesquisa podem pensar que um dia seus filhos poderão necessitar de um transplante, o que foi confirmado por uma delas. Juntando-se a esse dado a idade e o estado civil, percebe-se que nessa amostra, esses fatores foram de ajuda na hora da decisão, o que demonstra maturidade daqueles que autorizam, uma vez que ter filhos colabora nesse ponto.

Quando se tem filhos, espera-se que esses possam ter vida longa, ao menos, mais longa que seus pais. Na população estudada, quase todos tinham prole. Ou seja, pode haver aí o desejo inconsciente que a vida de seus rebentos possa ser mais extensa, seja sendo doador, seja um dia necessitando de doação. Traduzindo em outras palavras, ao autorizar a doação, o familiar poderia estar, de forma inconsciente, ofertando vida ao seu próprio filho, se um dia este necessitar de transplante, o que, em Psicanálise chama-se de identificação. Melhor explicando a mãe ou pai vê no possível receptor a figura do seu filho, mesmo que este não esteja doente. Isso vem ao encontro do que Freud (1920/1966) e Lacan (1975/2007).

Grau de Parentesco com o doador:

Filho (a): 3

Mãe: 2

Irmão/irmã: 4

Cônjuge: 1

O grau de parentesco chama a atenção para o laço sanguíneo, ou algo que o substitua, como a adoção. Dos participantes, à exceção de um, todos possuíam alguma conexão biológica com o doador. Aqui cabe a ressalva que para a doação é necessário que o autorizador possua parentesco em até segundo grau em linha direta. Da população estudada, foi relatado que quatro doadores eram casados, mas coube aos pais ou irmãos decidirem, demonstrando que nesse momento a relação estabelecida pela parentalidade genética, ou sua representante, predomina. Talvez na hora da decisão, os cônjuges não queiram arcar com o peso da deliberação. Se for levado em consideração que a participante que autorizou a doação de seu marido tinha décadas de convivência/matrimônio, isso fica mais evidente ainda, uma vez que esses anos deram para ela a chancela de ser a responsável pelo esposo. Nossos dados vão ao encontro do que Avilés, Rivera, Catoni (2014) e Fernandes, Bittencourt, Boin (2015) encontraram em sua pesquisa.

Tempo da doação:

Menor: 1 ano

Maior: 2 anos

O tempo de doação não teve influência nas respostas.

As respostas à pergunta: “Como foi a abordagem?” estão resumidas na Tabela 1, com sua classificação correspondente

Tabela 1 - Classificação da abordagem realizada pela equipe

Classificação	Nº de Respondentes	Explicação
Boa/Positiva	5	Abordagem foi feita de forma educada, havendo todas as explicações necessárias.
Ruim/Negativa	2	Momento tenso, de difícil decisão.
Neutra	1	Não há opinião formada sobre a abordagem
Não houve	3	Familiar procurou a equipe para doar

A maioria dos participantes avaliou como positiva ou boa a abordagem, o que aponta para o fato de que os profissionais têm preparo para lidar com essa situação. Contudo, é preciso notar que alguns familiares disseram que a assistente social foi quem os interpelou, o que não ocorreu, uma vez que esse profissional não faz parte do grupo. Portanto, deve-se atentar que, apesar da abordagem da equipe ter sido boa, sensível, o papel da equipe ainda não está bem esclarecido aos parentes dos doadores.

Em relação ao óbito é sempre o médico quem dá a fatídica notícia, muitas vezes sendo este o primeiro a falar sobre a possível doação. Contudo, destacamos que onde não há equipe preparada para a captação estes profissionais são mais reticentes ao abordar o assunto, conforme apontado em alguns relatos dos participantes, corroborando Martinez *et alii* (2008) o que é grave, pois anuímos com Manzari *et alii* (2012) ao relatarem que todos os envolvidos com o processo de doação de órgãos devem receber formação especial em comunicação. É mister afirmar que se deve considerar toda a rede hospitalar, incluindo quem nela trabalha como integrante do processo de transplante, mas infelizmente não é o que tem ocorrido, onde aquiescemos Randhawa (2012) ao destacar que o grande desafio para a equipe do hospital é iniciar um diálogo sobre a possibilidade de doação de órgãos, sendo uma árdua tarefa. Esse fato pode ser um dos indícios da taxa de recusa ser tão alta no Brasil e no Mato Grosso do Sul. Fernandes, Bittencourt, Boin (2015) são da opinião que a equipe parece não sentir o real peso da notícia, o que vai tornar o processo ainda mais doloroso.

Receber o anúncio da morte de um ente é um momento de muita dor para os que ficaram, mesmo que seja esperada, sendo todo cuidado necessário e bem vindo, pois disso também depende o aceite da família para autorizar doar os órgãos, o que para Martinez *et alii* (2008) é fundamental, pois esta interpreta os sinais emitidos desde o momento da internação, ao que Santos, Massarolo (2011) acrescentam que a forma como se aborda o parente pode levar ou não ao consentimento. Entretanto é bom lembrar que a sobrecarga de informações pode levar ao não consentimento, conforme apontam Martinez *et alii* (2008).

É sabido que essa situação tem grande impacto sobre a família, durando um longo tempo após a morte do parente conforme apontam Pessoa, Schirmer, Roza (2013) o que torna o processo nada simples. Bousso (2008), nessa mesma linha defende que é preciso acolher esses familiares em seus aspectos psicossociais, indo além da possibilidade de doação e não o abandonando logo após sua decisão, seja qual for. Nesse sentido Duek

(2010) alerta para o fato de que eles estão pressionados pelo tempo, tendo que tomar uma decisão que parte do reconhecimento da morte de alguém querido, situação nada fácil, concordando com Kosieradzki *et alii* (2014) e Martins, Cosmo (2009), ressaltando que a equipe tem grandes responsabilidades, pois é, sobretudo, uma situação que desencadeia conflitos. Entretanto, pelos relatos dos familiares, parece haver respeito pela dor provocada pela morte, o que concorda com Manzari *et alii* (2012) ao lembrarem que os parentes devem ser tratados com dignidade, independente da decisão. Sugerimos que haja acompanhamento mesmo depois da doação, não somente na hora da doação, reafirmando Sadala (2001) e Randhawa (2012) quando dizem que a abordagem deve acontecer numa base caso-a-caso, garantindo que haja a oportunidade de se pensar na doação de órgãos.

Contudo, concordamos com Sadala (2001) quando diz que em alguns casos os familiares podem sentir-se desprezados, levando ao pensamento de que o importante é apenas os órgãos, o que aparentemente não acontece, mas se considerarmos que apenas a metade avalia como positiva, nossos dados podem demonstrar outro ponto. Embora tenha aparecido em poucos relatos, ainda assim houve quem avaliasse a abordagem de forma negativa.

San Gregorio (2002) igual a Fernandes, Bittencourt, Boin (2015) acrescentam que é necessário a inserção da psicologia para fazer um acompanhamento com esses familiares, tanto no momento da abordagem quanto nos preparativos funerários.

A Tabela 2 traz as respostas em relação ao questionamento: “O que levou a autorizar a doação?”

Tabela 2 – Motivo para a autorização da doação

Motivo	Nº de respondentes
Ajudar	7
Vontade do doador	6
Salvar/Dar vida	5
Religião	2
Se colocar no lugar do outro	1

Os motivos da doação se mostram altruístas, ou seja, para ajudar outras pessoas e salvar vidas, o que no fim, acabam sendo os mesmos. Outro fator preponderante é a vontade do doador, expressa em vida. Isso demonstra duas coisas:

1) os parentes que autorizam a doação tendem a ser benevolentes, talvez por causa da religião, discutido nas respostas da questão abaixo, tentando dar qualidade de vida às outras pessoas. Sadala (2001) aponta que ajudar os outros, no plural, é o principal motivo que leva à doação, tendo o valor de conceder novamente a vida

Relatos de participantes que demonstram isso:

“Somos doadores, nós temos esse pensamento de que tem pessoas que precisam... já que você não vai mais necessitar, pessoa sua não tá mais ali, ou você mesmo (...), tudo vai apodrecer e tem gente que tá precisando, pessoas que precisam viver mais um pouco, viver o que não viveu, ter uma saúde, por causa de um órgão que as vezes o seu esteja bom²” (S2)

“Aí eu falei para ele: olha doutor, eu acho que você está perdendo tempo, eu quero que você faça a única coisa que eu posso fazer, chama o pessoal da equipe de transplante (...), o (...) você já não vai trazer de volta, então eu posso ter a chance de ajudar algumas pessoas a não passar pelo que eu estou passando. (...) A gente vê tantas pessoas necessitadas, a fila a gente sabe que é grande e muitas das vezes não querem doar, então foi isso que me levou, imaginar que eu precisasse de um transplante e aí? Se ninguém fizer a doação? Então foi a questão de querer ajudar o próximo mesmo” (S4)

2) o desejo do doador, quando clarificado em vida, é respeitado após a morte. Aqui podemos mencionar, para confirmar essas informações, que um dos parentes que não quis participar da pesquisa alegou como causa o fato de que não concordava, mas que respeitou o desejo do filho falecido.

Alguns relatos que ilustram essa situação:

“[o/a doador(a)] tinha essa concepção”. (S2)

“Toda vida ela dou sangue, ela queria que doasse os órgãos dela. Aceitei na hora porque eu já sabia né, que [doador(a)] já tinha falado (...), porque é difícil você aceitar né, aí a gente aceitou porque era uma coisa que ela queria” (S3)

“A gente é evangélico, então ele falava assim que ele gostaria de salvar vidas, tanto no evangelismo como quando ele morresse e não tivesse problema, ele queria que fizesse a doação de órgãos. Foi de espontânea vontade dele mesmo.” (S9)

“[o/a doador(a)] era uma pessoa muito boa, gostava de ajudar (...), por que não vou doar? Por que se era da vontade dele? Então vou doar porque muita gente necessita”. (S10)

Os motivos alegados pelos participantes estão em consonância com a literatura, ou seja, o desejo de ajudar a salvar vidas, uma vez que o ente querido já não a tem. Aparece como um a razão também a vontade do doador. Coelho *et alii* (2007); Rech,

¹As aspas são indicadoras de que as falas dos participantes são literais, mantidas fielmente.

Rodrigues Filho (2007); Bouso (2008) e Pessoa, Schirmer, Roza (2013) apontaram para esse caminho.

Interessante notar que no MS, como no restante do país, a taxa de doação é baixa e Pessoa, Schirmer, Roza (2013) relatam que cerca de 64% das famílias não doam porque não conheciam a opinião do falecido, o que corrobora ainda mais os dados encontrados.

Mencionamos o relato de um participante da pesquisa que além de ter autorizado a doação, acredita que deveria ser algo mais cotidiano:

“Deveria ser normal para todo mundo” (S5)

Houve receio para doação?

Não: 5

Sim: 5

Percebe-se que há temor na hora da decisão na metade da população estudada, denotando que nem sempre a equipe consegue atender a demanda, muitas vezes por falta de tempo, ou de infraestrutura, o que leva a receios tanto de ordem psicológica quanto física.

Sobre a estrutura, a demora na liberação do corpo é o fator que mais chama a atenção, conforme o relato de um participante demonstra:

“A tortura, porque[doador(a)] morreu no dia 28 de Abril, na segunda e eu enterrei ele(a) no dia 1º de Maio. Então é uma demora que tem que é desnecessária.” (S2)

O participante ainda relata outras questões relacionadas com a estrutura:

“Eles não te dão nem um... como é o nome daquilo? Formol. Falar assim: não, eles ajudaram a sociedade, já que a família está dando os órgãos.” (S2).

É importante, nesse momento dizer que na Espanha, como há uma rede formada e bem estruturada para a doação/captação e transplante, esse sofrimento se ameniza. A título de exemplo, enquanto no Brasil a liberação do corpo pode tardar até três dias, na Espanha o prazo máximo é de seis horas.

Destacam-se, entre os fatores psicológicos as dúvidas familiares e o temor de que o parente não tenha, de fato, morrido, concordando com Sadala (2001) e Manzari *et alii*

(2012) que alegam ser preciso que os entes haja certeza da morte encefálica. Eis algumas falas ilustradoras:

“Eu assim no início tinha medo de sei lá, o hospital... é... sei lá, de desligar os aparelhos. Porque para a gente ele tava vivo, com os órgãos todos funcionando, então para a gente ele tava vivo. A gente tinha medo deles desligar e a gente ser responsável pela morte dele, porque naquela hora a gente não acreditava” (S7)

A falta de um apoio psicológico também aparece, o que não deveria acontecer, conforme apontam Bousso (2008) e Martins, Cosmo (2009). Dessa forma a inserção de um profissional da psicologia seria de valiosíssima importância. A fala abaixo traduz a angústia de um familiar sobre esse ponto:

“Dá uma dúvida de tudo, sabe. Quando você tá sentado lá tão te dando água, tão falando bem com você, mas depois não dão um telefonema, não perguntam se precisa de um atendimento médico, de um psicólogo.” (S2)

O receio da desfiguração do corpo é uma das grandes preocupações dos familiares, o que Randhawa (2012); Rios *et alii* (2012); Siddiqui *et alii* (2012) e Schirmer, Roza (2013) afirmam que pode levar a não doação por, segundo Bendassoli (2000), desfigurar a identificação, ao que Lacan (1976/2007) acrescenta que pode ser um ataque ao psiquismo.

A fala de um participante exemplifica bem essa situação:

“As pessoas não gostam porque a pessoa não fica bonita, mexeram nos olhos, ficou com olhos inchados. Ouvi muito: ah, [doador(a)] tá feio(a), ficou inchado(a) (...) Poderiam explicar: olha, ponha uma roupa que fecha até o peito. Porque começa um corte que começa do pescoço e ficou aquele esparadrapo aparecendo” (S2)

Há ainda os que enfrentaram resistências entre os parentes, muitas vezes de forma agressiva, ao que Manzari *et alii* (2012) diz que é necessário que todos estejam de acordo para não haver atritos. Alguns relatos:

“De algumas partes dos meus familiares sim. Porque aquela velha questão: a pessoa veio ao mundo completa, vai voltar, e se a gente precisar desse corpo em alguma outra [vida]? A pessoa vai ficar mutilada... que isso é contra Deus.” (S 4)

“Eu tive sim, tive! Porque tem um (a) irmão(ã) dele(a) [doador/a] que mora em [...] não é a favor da doação. Recebemos muitas mensagens agressivas após ter feita as doações naquele mesmo dia, recebemos desse(a) próprio(a)

irmão(a) dele(a). Recebemos muitas mensagens durante o próprio velório de agressividade (...). Ele(a) até não veio no velório, nunca mais veio na minha casa mais. Ele(a) disse que era uma, um, como se diz? Um açougue carnívoro que tavam fazendo na Santa Casa. Então o que pode falar para ofender, ele(a) falou” (S6).

Entre os que disseram que não teve receio, percebemos que os que procuram a doação são mais convictos. Destaca-se ainda que quando o familiar acompanha todo o processo, há menos probabilidades de arrependimento.

O relato abaixo demonstra isso:

“Não. Graças a Deus, fiquei até na última hora. Até quando saiu a caixa com eles, com os órgãos, que foi para embarcar lá na frente [do hospital], quando pôs no carrinho eu tava junto. Só não fui ao aeroporto porque não deu (...)” (S10)

Relacionando essas alegações com as da pergunta “Houve alguma dificuldade para a doação?” percebe-se que as respostas tendem a se repetir, embora alguns participantes relataram não terem tido nenhum problema. Isso pode ser porque receio é algo mais pessoal e dificuldade abrange o todo. Esses dados vão ao encontro do que preconizam Martinez *et alii* (2008); Bouso (2008); Pessoa, Schirmer, Roza (2013) e Avilés, Rivera, Catoni (2014).

É preciso lembrar que a morte é um tabu por si só e por isso lidar com ela não é algo fácil, conforme apontam Kübler-Ross (2000), Moritz (2004) e Bittencourt, Quintana, Velho (2011). A negação é algo geralmente presente quando um alguém querido está gravemente enfermo e vem a falecer, o que pode levar ao receio mencionado acima.

Houve dificuldade para a doação?

Sim: 2

Não: 8

Essa era uma pergunta verificatória e suas respostas a princípio aparentam uma discrepância, pois, discordam da questão da anterior. Contudo é preciso entender que receio é algo que remete mais ao subjetivo e dificuldade ao todo, ao concreto. Entre aqueles que disseram sim, aparecem dois motivos: a demora na liberação do corpo e a resistência familiar.

Entretanto, entre os que responderam não, ainda assim ressaltam esses mesmos motivos. É de se pensar então que o processo não é tão simples e sem dificuldades, como aparenta ser. Algumas falas ilustram a angústia gerada pela demora:

“Não, tipo assim... eles marcaram para tirar os órgãos meia noite, o médico ia chegar para tirar aí a gente dormiu lá, mas não dormi pensando, a moça falou que ligava e demora mesmo para tirar tudo” (S3)

“Não, só foi esse momento de demora né, mas de demora porque acho que eles ficam dependendo (...) por isso que houve essa demora que quase me fez desistir” (S5).

Sobre isso concordamos com Martins, Cosmo (2009) quando afirmam que o momento do anúncio do falecimento do parente pode fazer com que o grupo familiar use do mecanismo de negação.

Sadala (2001) lembra que notícias sobre o receptor também são bem vindas àqueles que doaram. Esse fato também surgiu nessa pesquisa:

“A gente só queria saber para quem foi doado. Não queremos conhecer, só saber mesmo se serviu, para onde foi...” (S1)

“Eu só queria, uma coisa assim, eu queria conhecer a pessoa que recebeu o primeiro órgão dele(a) que foi o fígado, que já tava na mesa de cirurgia, assim diz lá (...) eu queria conhecer, nem que fosse por foto né!” (S9)

Tabela 3 - Crença dos familiares de doadores

Crença	Número de participantes
Católica	5
Evangélica	4
Espírita	1

Todos os participantes têm um envolvimento religioso, demonstrando que a fé pode estar influenciando na opinião das pessoas no momento de autorizar a doação de seus entes falecidos, o que confirma Salim *et alii* (2012) quando relatam que a crença está intrinsecamente ligada à doação e Setta, Shemie (2015) ao dizerem que as tradições religiosas fornecem aos seus adeptos explicações para o significado e propósito da vida. Entretanto destacamos que aparecem nos relatos que alguns participantes foram criticados por aqueles que congregam na mesma igreja.

A religião cristã, apesar de pregar a benfeitoria ao próximo, também possui igrejas que acreditam na ressurreição total do corpo, o que atrapalha a doação.

Os dados desta pesquisa confirmam que a religião é importante e até determinante socialmente, ao que Randhawa (2012) diz que o primeiro passo para lidar com as famílias dos pacientes doadores é reconhecer suas necessidades sócio-culturais. É difícil

haver um brasileiro que não possua alguma crença. Isto concorda com opinião de Pessoa, Schirmer, Roza (2013) pois esta pode influenciar positiva ou negativamente na hora da decisão sobre doar ou não os órgãos. Nota-se que no caso dos participantes, a religião influenciou para serem doadores, mesmo que tenham sofrido alguma crítica por parte daqueles que comungam da mesma ideologia, concordando com Manzari *et alii* (2012) ao afirmarem que é preciso que os entes tenham a aprovação da religião.

A dor da perda de um parente às vezes é aplacada justamente pela fé, o que fica evidente nas entrevistas. Embora a terapia também apareça nos relatos como forma de apoio, é de forma incipiente, ou seja, não há intervenção do profissional da psicologia, restando às pessoas recorrerem ao divino, o que é lamentável. Sobre esse aspecto, Bousso (2008) defende o cuidado profissional com as famílias que autorizam a doação, fazendo desse momento, um aprendizado. É preciso também cuidar do luto e não apenas focar na captação de órgãos, ou seja, ofertar apoio psicológico em todo o processo.

Tabela 4 – Necessidade e o tipo de apoio após a morte do parente

Necessidade	Número de respondentes	Tipo de Apoio
Sim	5	Deus
	1	terapia
Não	3	---
Não, mas precisava	1	---

A morte de um ente querido é frequentemente carregada de dor. Adicionado a isso, quando a pessoa falece abruptamente, não há tempo para aqueles que ficam possam ir se preparando. Assim, é bem coerente que se recorra a algum apoio nesse momento, em geral, a religião ou a intervenção divina. Muitos participantes relataram que quando o parente se foi, ficou um vazio, uma dor, sendo necessário então recorrer a algum tipo de auxílio.

Não há algum tipo de estudo específico sobre o assunto, mas podemos presumir que sendo a morte um acontecimento pesado psicologicamente e que, a grande maioria dos brasileiros é cristã, não é de se estranhar que os parentes dos doadores recorram ao divino para aplacar ou até mesmo suportar seu sofrimento.

“Busquei apoio na igreja né. Fiquei vários dias sem trabalhar, sem levar a vida normal (...)” (S7).

“(…) o que nos fortalece é nós mesmos e Deus. Só Deus mesmo para conformar a gente”(S10)

Contudo, Avilés, Rivera, Catoni (2014) pontuam que há necessidade de ajuda psicológica pós doação, destacando que tão somente o apoio entre os familiares não é suficiente. Talvez, conforme apontado anteriormente, a própria doação traga algum alívio nesse momento, uma vez que a noção de salvar vidas está muito arraigada nesse ato, o que concorda com San Gregorio (2002). Isso fica evidenciado no relato abaixo:

“De uma certa forma um pedacinho dele está vivendo em outro ser humano, dando a luz, dando a vida. Então esse é nosso conforto. Ele não está conosco, mas um pedacinho tá vivendo em outro ser”. (S10)

San Gregorio (2002) afirma que a psicologia deve se inserir melhor nesse campo, pois ela tem muito a oferecer, tanto aos familiares, quanto às equipes para que esse momento possa ser menos pesado e não leve a psicopatologias posteriores.

Tabela 5 – Avaliação em relação ao processo de doação

Avaliação	Nº de Respondentes	Comentário
Positiva	8	Bom atendimento, apesar da demora na liberação do corpo e não haver retorno pós transplante
Regular	1	Dúvidas ficaram sem ser esclarecidas e demora na liberação do corpo.
Negativa	1	Não teve apoio emocional e houve demora na liberação do corpo.

Os respondentes avaliam positivamente o processo, chegando a dizer que é um momento bonito, porque salva vidas, ajuda as pessoas.

“Foi muito bonito o processo dele, muito, muito, mesmo. Fui muito bem recebida, muito bem tratada, com a equipe, as meninas que me encaminhou”. (S9)

“Eles foram muito bons, atenciosos demais. Não tenho o que reclamar nada” (S10)

Contudo a menção sobre a demora na liberação do corpo está presente em todas as respostas, o que pode acabar atrapalhando futuras doações, afirmando o que preconiza Sadala (2001). Sobre isso Manzari *et alii* (2012) lembram que quanto menos demorar, menor será o sofrimento dos parentes, sendo justamente esse período de maior necessidade de apoio psicológico, o que somos de pleno acordo.

Isso fica claro nos relatos:

“Eu acho que sendo um processo com essa finalidade, de forma ética, toda a abordagem que eu tive desde o médico, que até pediu desculpas, falou com certo receio (...) a abordagem foi bem feita, os dois rapazes que vieram aqui, perguntaram (...) a moça que eu fui lá no hospital porque eu queria desistir [por causa da demora em liberar o corpo] disse que eu tinha todo o direito (...).” (S5)

“Eu acredito que a assistente social estava preparada para explicar (...) Ela explicou tudo certinho, só achei ruim a demora” (S7)

Pode-se ver que as equipes conseguem atender a demanda. Contudo há pontos a serem melhorados, tendo em vista que o transplante é um processo complexo, repleto de questões psicológicas e como não há a inserção do psicólogo nesse trabalho, as demandas psíquicas ficam à deriva, o que não deve acontecer, de acordo com Manzari *et alii* (2012).

A doação, desde o momento da internação do paciente, passando pela captação dos órgãos tende a ser difícil, de muita dor psicológica, concordando com Kosieradzki *et alii* (2014). No entanto, os profissionais que lidam com esse momento parecem conseguir dar um alento, pois o resultado, no geral, é avaliado como positivo, mesmo que alguns familiares respondentes tenham feito ressalvas, o que justifica Martinez *et alii* (2008) ao apontarem que os familiares estão atentos aos sinais emitidos.

Relacionando com as outras respostas, de como foi a abordagem, receio e dificuldade para doação, pode-se perceber, que no fim, apesar de todos os problemas, este tende a ser um processo bom, o que é positivo, pois é o todo que se considera, conforme lembram Ralph *et alii* (2014) na tomada de decisão.

Esses dados vão ao encontro do que Bousso (2008) defende, pois o que importa, para as famílias de doadores é, no fim, salvar vidas, ou seja, ter utilidade social, o que para a autora, é fortemente influenciado pelo manejo da equipe que trabalha com o

transplante. Manzari *et alii* (2012) e Moraes, Santos, Massarolo (2014) nesse sentido consideram que os profissionais envolvidos devem ser capacitados para tal, para poder demonstrar compaixão e ofertar apoio psicológico, sendo o ideal ter a presença de um profissional da psicologia presente, reiterando Avilés, Rivera, Catoni (2014).

No entanto ressaltamos que é preciso olhar mais para esses familiares conforme aponta Sadala (2001) ao afirmar que em alguns casos os familiares podem se sentir desprezados, levando ao pensamento de que o que o importante é apenas os órgãos. A autora acrescenta que em instituições em que há acompanhamento após a doação, estas são avaliadas mais positivamente, o que sugere que haja um acompanhamento, obtendo informações durante todo o processo e não somente na hora da abordagem para a autorização.

Tabela 6 – Faixa etária do doador

Idade	Doadores
Abaixo de 30 anos	2
Entre 31 e 40 anos	2
Acima de 40 anos	6

A idade, a priori, parece não ser importante. Contudo, se olhar com maior afinco, poderá se notar que apenas dois doadores tinham menos que 30 anos e que seis possuíam mais que 40 anos quando morreram. Parece, dessa forma, haver resistência para a autorização da retirada dos órgãos de pessoas mais jovens. Esse fato pode se dar devido ao receio de que o sujeito não esteja realmente morto ou até mesmo da desfiguração. Outro fator é que se teme a concepção social de que quanto mais velha for a pessoa, mais ela terá cumprido sua tarefa aqui na terra.

Do ponto de vista biológico é interessante notar que os doadores mais jovens, uma vez que há limites de idade, como por exemplo a doação cardíaca que pode ser feita até os 50 anos do doador, em geral, podem ter mais órgãos doados, ou seja, pode salvar mais vidas, que segundo o que ficou demonstrado é o maior intuito da doação. Dessa forma pode haver uma contradição psicológica aqui.

Nossos dados confirmaram as pesquisas realizadas por Pessoa, Schirmer, Roza (2013); Moraes *et alii* (2009) e Noronha *et alii* (2012), onde encontraram que a maior parte dos doadores tinham acima de 40 anos, manifestando seu desejo de dispor livremente de seus órgãos e isto pode ser devido a maior maturidade advinda da idade.

Nota-se que a doação por pessoas de mais idade é algo mais fácil, mais cabível. Então, pode-se pensar que pessoas mais velhas possuem um conhecimento maior enquanto à vida e à morte. Outro fator pode ser, conforme apontado, o medo de que o parente não esteja realmente morto, ou seja, dessa forma haveria a colaboração para o aceleração da morte.

5.2 Equipe

A segunda população estudada foi a de trabalhadores que lidam diretamente com o transplante de órgãos. As equipes são estabelecidas por legislação, ou seja, é seguido o que determina a Resolução 2.600/09 (Brasil, 2009). Assim, a composição e o trabalho serão feitos a partir do que a lei determina, sem alterações. O que é diferente, no entanto é a percepção do sujeito sobre o processo de transplante de órgãos. No MS, por motivos operacionais, as cirurgias de captação e transplantes foram suspensas no ano de 2014, retornando em 2015 ainda de maneira incipiente. Dessa forma, é necessário que venham profissionais de outros estados para a retirada dos órgãos dos doadores, fazendo com que haja alguns obstáculos na captação, como por exemplo, a demora na liberação do corpo.

Embora haja duas equipes que trabalham diretamente com transplante em Campo Grande, optou-se por juntar as respostas de ambas uma vez que para esta pesquisa o que importa é o labor relacionado ao procedimento.

A CIHDOTT é composta, essencialmente, por um profissional da medicina, um da área de enfermagem e três técnicos de enfermagem. Os outros médicos ligados a esse processo são transplantadores ou da área vermelha do hospital, ou seja, aqueles que lidam diretamente com o paciente gravemente enfermo, que devem diagnosticar a ME. Já a OPO é composta por um médico coordenador e quatro técnicos em enfermagem, os quais vão à procura dos órgãos. Diferente da CIHDOTT, essa equipe não fica apenas no hospital, mas também vai a outros locais onde ocorre uma morte com um possível doador.

Os profissionais da OPO têm como função fazer a busca ativa e a abordagem familiar. A CIHDOTT é uma equipe mais complexa, pois há várias funções que muitas vezes não se interligam.

Sexo:

Feminino: 8

Masculino: 3

Embora a literatura não traga dados sócio-demográficos sobre as equipes, inferimos que esses dados são pertinentes, uma vez que a maior parte dos trabalhadores de enfermagem são mulheres.

Idade:

Menor: 28

Maior: 53

Estado Civil:

Solteiro(a): 2

Casado(a): 7

Viúvo(a): 1

Divorciado(a): 1

Filhos:

Sim – 11

Os dados sobre a idade, estado civil e existência de filhos demonstram maturidade no pessoal da equipe.

Escolaridade:

Superior Completo: 8

Superior Incompleto: 1

Médio: 2

A escolaridade demonstra que a equipe é competente no aspecto da preparação educacional, pois procura maior saber.

Quadro 2 - Escolaridade atual relacionada com a escolaridade exigida para o cargo e cursos posteriores

Escolaridade atual	Escolaridade Exigida para o cargo	Cursos Posteriores	Tipo
Superior	Médio	Sim	Área
Superior	Médio	Sim	Fora da área

Superior	Médio	Sim	Especialização fora da área
Superior	Superior	Sim	Área
Superior	Superior	Sim	Área
Superior	Superior	Sim	Área
Superior	Superior	Sim	Área
Superior	Médio	Sim	Graduação. Cursos Extras
Médio	Médio	Sim	Graduação incompleta
Médio	Médio	Não	
Médio	Médio	Sim	Graduação incompleta

É de se notar, que mesmo aqueles que têm cargo de técnicos, o que exige apenas o Ensino Médio, possuem curso superior, ou estão cursando. Isso demonstra o desejo de aprimoramento pessoal, pois dentro do que tange ao trabalho, ter curso superior não altera o cargo nem o salário. Percebe-se então que há desejo pelo conhecimento, o que é um fato positivo, pois a formação está diretamente ligada à qualidade do serviço prestado, ao aprimoramento profissional, o que é essencial, em especial quando se trata de algo complexo como o transplante de órgãos, uma vez que envolve aspectos biopsicossociais.

Aqui se tem as respostas para a pergunta: *“Há quanto tempo trabalha nesse setor?”*

Esse fator varia muito, entre um ano e meio e vinte anos, por isso, essa ampla variação não dá para concluir com uma associação entre tempo e qualidade.

É preciso dizer que a OPO teve sua implantação há pouco tempo o que leva ao tempo de serviço nesse setor ser baixo. Contudo teve efeito positivo na equipe, pois todos disseram que ajudou na experiência e no aprimoramento do trabalho, seja em aspectos técnicos, seja no aspecto psicológico.

Sobre a CIHDOTT, apenas um participante tem menos de três anos de trabalho. O tempo de serviço apresenta-se como um aliado na qualidade, pois quando questionados se houve influência desse, todos disseram que sim, que trouxe acúmulo de conhecimento e com isso maturidade e em alguns casos mudança de opinião acerca do transplante de órgãos.

É possível, então perceber que o pessoal das equipes não passa incólume pelo trabalho. Este afeta diretamente o sujeito fazendo com que ele absorva a experiência e a

coloque como aliada, além de, junto com a educação formal permitir estar alerta em situações complicadas e ter raciocínio juridicamente embasado.

Os dados que chamam a atenção se referem ao tempo de serviço e a experiência advinda dele. Todos têm claro que o trabalho trouxe mais maturidade, fazendo com que houvesse maior qualidade no labor. Isso mostra que o pessoal não é indiferente, prestando atenção ao que está sendo feito e fazendo disso um aliado no trabalho. É de se lembrar que o transplante é algo ainda pouco explorado no Brasil e um processo muito complexo, passando não apenas pela questão biológica, mas também por aspectos psicossociais. Tendo em conta que a equipe participa desse processo sendo afetada por ele, é importante que ela possa aproveitar mais conhecimentos do seu próprio trabalho para lidar com seu cotidiano.

Qual é o seu serviço?

- 1 – Coordenação do pessoal, administração do setor e abordagem familiar.
- 2 – Busca ativa de potenciais doadores e abordagem familiar
- 3 - Busca ativa de potenciais doadores e abordagem familiar. Auxílio
- 4 – Busca ativa de potenciais doadores e abordagem familiar
- 5 – Captação de potenciais doadores
- 6 – Busca ativa de potenciais doadores e abordagem familiar
- 7 – Médico transplantador
- 8 – Busca ativa de potenciais doadores e abordagem familiar. Realizar contatos necessários para o andamento do trabalho.
- 9 – Avaliação e manutenção do potencial doador
- 10 – Busca ativa de potenciais doadores
- 11 – Avaliação e manutenção do potencial doador

As respostas demonstram que todo o pessoal cumpre a sua função dentro da equipe.

Quadro 3 – Maiores dificuldades do trabalho encontradas pela equipe

Aspectos psicológicos	Aspectos estruturais
Recusa familiar muito grande	Falta de divulgação na mídia
Falta de compreensão de ME por parte da família	Baixa remuneração
Abordagem de familiar de criança	Rede não preparada em seu todo/Falta de cooperação

Reação familiar diante do diagnóstico de ME	Burocracia
	Profissionais médicos que não notificam ou não tomam os procedimentos necessários para diagnosticar e manter o paciente que teve ME

As dificuldades específicas no trabalho são pertinentes ao dia a dia, sendo tanto de ordem psicológica, quanto de infraestrutura inexistente, como por exemplo, rede não preparada e burocracia existente para a captação de órgãos. Contudo, vemos que a recusa familiar é o fator com mais apontamentos que dificulta o trabalho, o que nos remete a pensar que os profissionais envolvidos neste trabalho colocam suas emoções em primeiro lugar, uma vez que essa recusa não é necessariamente algo que impeça ou atrapalhe o trabalho.

Pelas respostas dadas, pode-se perceber que não há consenso sobre as dificuldades, o que é de se esperar, visto que as ações tomadas são seccionadas. Há uma equipe multidisciplinar e não interdisciplinar. Mas o atraso no diagnóstico e a demora na manutenção complicam o trabalho assim como o não esclarecimento à família do paciente aquilo que cabe ao médico, uma vez que é sempre esse quem dá o diagnóstico e explica sobre a morte do seu parente, o que aquiesce Siddiqui *et alii* (2012) e Kosieradzki *et alii* (2014), em especial quando afirmam que muitas vezes o não diagnóstico se dá por temores próprios. Alguns respondentes apontam ainda a abordagem de familiares de pacientes infantis como um dos pontos mais complicados.

Esses dados vêm ao encontro do que preconizam Moraes, Santos, Massarolo (2014) e Knih, Schirmer, Roza (2011), quando discutem os impedimentos enfrentados pela equipe, entre eles a manutenção do potencial doador.

Alguns relatos sobre a dificuldade em manejar questões de ordem psicológica:

“Familiares que não compreendem o diagnóstico (...) a morte de criança porque é muito dolorido né!” (S1)

“Eu acredito que as famílias ficam muito desamparadas na questão dos esclarecimentos das dúvidas quando o paciente chega”. “Nesse sentido ainda é muito ruim eu fazer meu atendimento, minha abordagem para doação, quando a família está largada, chateada, e às vezes eles falam isso”. (S2)

Mas a grande maioria dos participantes relata problemas na infraestrutura como um todo:

“Demora muito para dar suporte para conservação dos órgãos do paciente em ME. Não tem essa cultura ainda (...)”. (S2)

“Às vezes é o atraso no diagnóstico da morte cerebral do paciente que dificulta nossa atuação, porque só depois desse diagnóstico que posso atuar” (S5)

“O que eu acho que podia ajudar mais seria na parte de busca das delegacias, o pessoal que trabalha lá dão poucas informações, não aceitam. Se a gente tivesse um pouquinho mais de receptividade seria mais fácil nosso trabalho”. (S10)

“Nós temos dificuldades, uma que é um órgão público, que depende de vários fatores até chegar a gente. (...) Autorização para fazer qualquer coisa.” (S11)

Contudo, mesmo com todos os empecilhos, ressaltamos que é preciso auxiliar a família, o que concordamos com Duek (2010) ao lembrar que a equipe tem a função de ajudar a na compreensão sobre o verdadeiro estado do parente, ou seja, de ME, sempre atentos às questões éticas, como afirmam Bittencourt, Quintana, Velho (2011) e Robey, Marcolini (2013).

Respostas à pergunta: *“O que te dá mais prazer no trabalho?”*

- 1 – Sucesso no transplante
- 2 – Conforto em saber que foi válido o trabalho
- 3 – Conseguir a doação
- 4 – Conseguir a doação e dar qualidade de vida ao paciente receptor
- 5 – Conseguir a doação
- 6 – Acalmar a família
- 7 – Resultado do transplante
- 8 – Conseguir a doação e salvar vida
- 9 – Ajudar na melhora da qualidade de vida de pacientes graves
- 10 – Ajudar as pessoas
- 11 – Conseguir a doação

Nessas respostas pode-se perceber que há um deleite em ajudar o outro, uma vez que conseguir a doação foi a mais recorrente. Para os entrevistados o que proporciona mais alegria é o resultado final, isto é, o transplante e conseqüentemente a melhora na vida. É interessante notar que os aspectos laborais se misturam com os psicológicos, pois

alcançar o êxito, tendo a autorização para a retirada dos órgãos, é salvar vidas, fazer o bem. Em suma, os participantes demonstram que psicologicamente o contentamento está intrinsicamente ligado ao seu trabalho cotidiano. Esse dado demonstra que quem lida constantemente com o transplante de órgão não está fora do ideal social, que é o de ajudar quem precisa, conforme apontam Coelho *et alii* (2007). Isso se mostra importante, uma vez que, de acordo com Bittencourt, Quintana, Velho (2011), assim como Knih, Schirmer, Roza (2011), essa é uma atividade repleta de questões subjetivas e éticas, sendo, dessa forma, preciso analisar esses pontos e trazê-los para dentro do trabalho e não desprezá-los, como se não existissem.

“O resultado dos meus pacientes” (S3)

“O que me dá mais prazer é saber que eu posso tá ajudando as pessoas. Tem gente na fila aguardando um órgão e saber que através do meu trabalho posso tá devolvendo a vida das pessoas, saúde”. (S6)

“Saber que o órgão que a gente recebeu como doação foi transplantado e que tá tudo bem com o paciente. A gente pode ter essa informação com a Central de transplante. (...) isso é uma das coisas mais importantes”. (S8)

Quadro 4 – Conceito da morte no entendimento da equipe

Subjetivo	Objetivo
Esperança	Fim
Passagem ou começo de outra vida	
Perda	
Solidão	
Recomeço divino	

Quadro 5 – Conceito da morte no entendimento da equipe de acordo com a escolaridade e cursos posteriores

Escolaridade	Cursos Posteriores	Conceito
Médio	Não	Passagem Jovem: sente dó. Idoso: Descanso

Médio	Sim	Recomeço divino
Superior Incompleto	Sim	Fim de um ciclo e começo de outro
Superior	Sim	Fim de Tudo
Superior	Sim	No trabalho: Esperança. Na vida pessoal: Fim
Superior	Sim	Fim, acabar
Superior	Sim	Fim
Superior	Sim	Começo de outra vida
Superior	Sim	Etapa Vencida. Começo de outra Vida
Superior	Sim	Perda, solidão
Superior	Sim	Passagem para outro lugar

A literatura não aponta nada específico sobre essa equipe em relação à morte.

Em nossos dados podemos ver que apesar do nível educacional, as respostas são quase folclóricas, tentando ignorar que a morte é o fim de tudo. Assim é possível entender que esse é sempre um tema complexo.

A morte constitui um tabu por si só, conforme apontam Kübler-Ross (2000), Moritz (2004) e Bittencourt; Quintana; Velho (2011). Contudo a equipe a vê através de outro olhar, como algo que pode proporcionar ajuda, ofertando a possibilidade de outras pessoas viverem.

O relato abaixo ilustra esse fato:

“ No meu serviço é uma esperança para aqueles que estão na fila de ter uma sobrevida melhor (...). O pessoal até fala: lá vem o pessoal, só vive atrás de defunto, mas a gente vê esperança para outro.” (S.2)

Nas respostas apresentadas pode-se perceber que há o conceito da morte como o fim, mas acreditam em algo posterior a ela.

“É uma etapa vencida (...)” (S. 7)

“Não é o fim, é o começo de outra vida” (S. 6)

Tem também os que dividem entre pessoal e profissional, sendo então, uma esperança para quem precisa de um órgão. É interessante notar que se tratando de profissionais que tentam, cotidianamente, fazer da morte uma aliada para salvar vidas de outras pessoas, essa opinião faz sentido, uma vez que é como se o sujeito tivesse uma missão aqui: ajudar aos outros através do seu trabalho.

Esse dado corrobora a ideia de que o pessoal da equipe mantém a esperança de que o falecimento de uma pessoa possa trazer vida à outra, ou seja, a morte para um, pode ser um presente para o outro, confirmando o que postulam Vargas, Ramos (2006). É interessante levar em conta também que os membros da equipe são doadores, o que vem comprovar o desejo de ajudar pessoas a terem melhor qualidade de vida.

Trabalhar com a morte é algo que carregado de emoções, não sendo a equipe imune a esses sentimentos, pois mesmo que esse labor passe por outra perspectiva, como apontado, ainda assim é difícil. A abordagem familiar num momento de dor, a urgência na tomada de decisões, o manuseio das próprias questões subjetivas, assim como dos familiares do paciente que acabou de falecer pode ser um dos motivos que leve a necessidade de se apoiar em algo. Ou seja, esse não é um cotidiano comum e fácil, ao contrário, é repleto de desafios, conforme apontam Moraes, Santos, Massarolo (2014).

Respostas da pergunta: “*Você necessita de apoio moral para trabalhar? Se sim, qual?*”

Sim: 7

Não: 4

Quadro 6 – Necessidade e tipo de apoio de acordo com a escolaridade e cursos posteriores

Escolaridade	Cursos Posteriores	Necessidade	Tipo de Apoio
Superior	Sim	Sim	Deus
Superior	Sim	Não	

Superior Incompleto	Sim	Sim	Deus e Terapia
Superior	Sim	Sim	Não tem
Superior	Sim	Sim	Deus e Afastamento
Superior	Sim	Sim	Terapia
Superior	Sim	Sim	Pessoas queridas
Médio	Não	Não	
Superior	Sim	Não	
Médio	Sim	Não	
Superior	Sim	Sim	

Na literatura não há dados sobre essa informação.

As respostas a esse questionamento não são uniformes, pois há os que necessitam e os que não, de apoio para exercer seu trabalho, pois independente do grau de escolaridade, do sexo ou do tempo de serviço, existe quem recorre e quem não recorre a algo, sendo que esse apoio pode vir do divino, de pessoas próximas ou de terapia. O tempo de serviço não parece ser um aliado nesse sentido, demonstrando que ele pode até ajudar a melhorar o trabalho cotidiano, mas não deixa os profissionais insensíveis, o que é algo positivo.

Entre aqueles que necessitam de apoio geralmente se acodem ao respaldo divino para o seu labor. Trabalhar com a morte é sempre delicado e que traz grande carga emocional, conforme apontam Kübler-Ross (2000) e Moritiz (2004), mas se faz imprescindível dada a natureza das ações desses profissionais, concordando com Knihs, Schirmer, Roza (2011). Nesse sentido, nos juntamos a Vargas, Ramos (2006) quando

afirmam que é necessário discutir a morte, incluindo a doação de órgãos nesse arcabouço.

Destacamos entretanto, que abordar uma família na hora do falecimento de um ente querido acarreta num desgaste. Assim é natural que a equipe recorra a algum auxílio emocional, pois como não há suporte psicológico aos profissionais, a forma encontrada é recorrer à instância superior extra sensorial.

Interessante notar que aqueles que disseram não precisar de algum apoio são os que têm pouco tempo de trabalho, menos de 3 anos, mas alegando que o tempo de serviço os ajudou. Pode-se perceber, então, que trabalhar com essa demanda não é tão simples, tão fácil como gostaria de transparecer.

É pertinente observar que tanto a família quanto o profissional precisam de apoio moral, o que quer dizer que os dois lados sofrem impacto psicológico de forma espelhada, mesmo que a equipe devesse ser melhor preparada.

Outro fator que chama a atenção que mesmo aqueles que alegaram que o tempo de serviço ajudou, ainda assim, busca amparo. Assim, vê-se que a experiência auxilia na prestação do serviço, mas não prepara subjetivamente o indivíduo. Além disso, reafirmando, não há nenhum tipo de auxílio psicológico disponível para esses profissionais, o que agrava a situação. É preciso então, que se repense pelos órgãos competentes a forma como as equipes que lidam diretamente com o transplante estão enfrentando o seu dia a dia laboral.

Resposta ao questionamento “*Dos tipos de transplantes qual é o mais complicado? Em que aspecto?*”

Cardíaco, pois leva à morte se não for bem sucedido: 9

Hepático devido à necessidade urgente, o cardíaco por causa do pós operatório: 1

Todos têm sua complicação: 1

Nessa questão, houve quase unanimidade em dizer que o transplante mais complexo é o cardíaco. Contudo, todos disseram ser por causa da complexidade, uma vez que são necessários cuidados intensos ao paciente receptor e o risco de morte é mais alto do que nos outros. É importante perceber, então, que nenhum respondente alegou fatores emocionais ou psicológicos.

Quadro 7 – Reação emocional da família de acordo com a equipe

Tipo de morte	Reação
Cardiorrespiratória	Aceitação mais fácil
Encefálica	Negação, difícil aceitação, choque, falta de compreensão
Ambas	Sempre ruim

Os respondentes dividiram suas opiniões em duas categorias sendo por tipo de morte: a encefálica e a cardiorrespiratória. Nessa última a abordagem tende ser mais complicada devido a sua forma abrupta e repentina, enquanto na encefálica há um tempo para que o familiar se acostume com a realidade de morte do seu parente. Contudo, os participantes relataram que a reação é sempre desagradável, pois conforme Bittencourt, Quintana, Velho (2011) apontam, a dor da morte só tem significado se o ente que faleceu for alguém importante afetivamente.

Diante do que foi respondido, pode-se ver que a negação está presente nas reações da família, em especial quando se trata de ME. Soma-se a isso o fato de que há pouca informação sobre o assunto, conforme apontam Moraes, Gallani, Meneghin (2006), Moraes, Massarolo (2009), Dalbem, Caregnato (2010) e Schirmer, Roza (2013). Quando acontece a parada cardiorrespiratória, parece haver maior entendimento e aceitação em relação ao fato de que o parente faleceu, uma vez que não há mais batimentos cardíacos. No entanto é de se prestar atenção que a ME carrega ainda grandes tabus, o que dificulta a doação dos órgãos, concordando com Moloney, Walker (2002); Torres (2003); Quintana, Arpini (2009) e Siddiqui *et alii* (2012).

Aqui aparece também que a reação depende da família e de sua convicção religiosa, podendo ajudar ou atrapalhar, reforçando a opinião de Salim *et alii* (2012).

Ao questionamento “Como é feita a abordagem à família?”, os participantes responderam:

1 –Depois que a família é informada da gravidade pelo médico e do diagnóstico de morte, pergunta se houve o completo entendimento sobre a morte e aborda a questão da doação.

2 – Feita em todos os locais (delegacia, hospitais) após o diagnóstico de morte e acolhe em espaço propício para falar da doação.

3 – Morte encefálica tem protocolo fechado estabelecido por legislação de como proceder, mas às vezes não é explicado para a família. Então conversa com as pessoas menos abaladas e esclarece as dúvidas. É um momento bombástico. Mas Aceita a decisão da família. A morte por parada cardiorrespiratória não há protocolo, dificultando a abordagem.

4 – Após o diagnóstico de ME.

5 – Após o diagnóstico, procura o membro cabeça da família, faz as explicações necessárias, tomando cuidado com conflitos familiares

6 – Após o diagnóstico. O tipo de abordagem depende da família.

7 – Não tem contato com a família nesse momento.

8 – Após o diagnóstico conversa sobre doação. Famílias mais simples e religiosas são mais difíceis de concordar com a doação.

9 – Após o diagnóstico leva para um lugar próprio e faz as explicações necessárias.

10 – Após o diagnóstico faz as explicações necessárias e aborda sobre a doação

11 – Após o diagnóstico faz a abordagem sobre doação.

O diagnóstico da morte é o ponto de partida para a abordagem. Parece haver um zelo com a família nesse momento, levando-a para um lugar próprio e explicando sobre o processo, o que segundo Santos, Massarolo (2011) é importante.

Há de se perceber que os profissionais também estão atentos às questões psicossociais das famílias, notando, por exemplo, quem chefia o clã. Outro fator que surge é a religiosidade e o grau de educação do familiar, que pode ajudar ou atrapalhar na autorização, concordando com Santos, Massarolo (2011), Salim *et alii* (2012). Schirmer, Roza (2013) são da opinião que solicitação para autorização da doação tem grande impacto sobre a família, o que, aquiescemos de acordo com os resultados encontrados.

Contudo nota-se que há um certo padrão nessa abordagem, demonstrando que nesse ponto há um consenso, pois a abordagem só é realizada após o diagnóstico feito pelo médico, sendo este quem noticia ao familiar. Após esse momento dá-se o encontro com a família. Pelas respostas, percebe-se que a equipe entende o que está fazendo, tendo a delicadeza de respeitar o momento de dor da família.

Abordar a família na hora em que um parente falece é sempre delicado. Knihš, Schirmer, Roza (2011) afirmam que é preciso que o profissional esteja preparado para esse encontro. Os dados demonstram que a equipe percebe esse momento dramático, apontando que é sempre dolorido, com reações, às vezes, exacerbadas, mas que são proporcionais ao entendimento que o familiar tem sobre a situação e a ME, assim como de suas convicções religiosas, o que vem ao encontro do que preconizam Conesa *et alii*. (2005); Moraes, Gallani, Meneghin (2006); Rech, Rodrigues Filho (2007) e Cinque, Bianchi (2010).

As famílias participantes desta pesquisa, ao serem questionadas sobre todo o processo, o avaliam como bom, o que confirma as respostas da equipe.

Ressaltamos que a forma como se aborda os parentes tem grande relevância na autorização da doação, conforme apontam Kosieradzki *et alii* (2014). Entretanto deve-se ressaltar que, segundo Bousso (2008), o que inibe ou estimula a doação é um conjunto de vivências, não apenas um momento.

Assim, citamos Duek (2010) e Moraes *et alii* (2014), ao lembrar que a equipe terá que ajudar a família a compreender e aceitar esse doloroso momento, por isso é fundamental que haja constante capacitação a esses profissionais, para levar a uma reflexão ética, conforme apontam Bittencourt, Quintana, Velho (2011) ao ressaltarem que o profissional que assume este compromisso deve refletir criticamente sobre os princípios que perpassam esse processo.

Quadro 8 – Influência do tempo de serviço e o tipo

Influência Objetiva	Influência Subjetiva
Experiência Aprimoramento Atendimento	Preparo Psicológico Calma Mudança de Opinião Maturidade

A literatura não traz dados sobre esse aspecto, mas percebe-se que o tempo de serviço influenciou fortemente no desempenho da função.

Quando questionados se o tempo ajudou, todos disseram que sim, pois melhorou a experiência, trazendo preparo para o trabalho, tanto no aprimoramento técnico, quanto no aspecto psicológico. Isso demonstra que o pessoal não está alheio ao serviço, tirando deste, noção para aperfeiçoamento, trazendo mais conhecimento para lidar com o

desgastante processo do transplante de órgãos, em especial da captação. Contudo é necessário ressaltar que mesmo entre aqueles que possuem mais tempo, ainda assim alguns recorrem a algum tipo de apoio. Na falta de investimento em instrução para esses profissionais, conforme apontam Moraes, Santos, Massarolo (2014), eles precisam aprender com o cotidiano. Percebe-se pelas respostas dadas que a equipe agregou experiência em forma de calma, de maturidade, de mudança de opinião acerca do transplante, ou seja, de aspectos psicológicos. Isso é fundamental, pois como pontuam Knihs, Schirmer, Roza (2011); Bittencourt, Quintana, Velho (2011) e Robey, Marcolini (2013) é necessário que o transplante passe pela discussão das questões subjetivas inerentes a esse processo, inclusive com a inserção de profissional de psicologia neste íterim.

Por último, foi perguntado “*Você é um potencial doador?*”. Ao que seguem as respostas abaixo:

Sim: 10

Não sabe: 1

Apesar de não ter dados na literatura, esta atitude é esperada, pois são pessoas com bom nível de educação e com maior consciência do que o público geral sobre o que é necessitar de transplante.

Sobre ser ou não doador, apenas um participante não tem uma opinião formada. Esse fato é positivo, pois demonstra que os membros da equipe estão sensíveis à doação de órgãos, ou seja, o trabalho toca neles não só no aspecto profissional, mas sobretudo, no aspecto pessoal, emocional, o que vai ao encontro do que preconiza Bendassoli (2000). Contudo é preciso dizer que essa equipe tornou-se potencial doadora, pois, conforme afirmam Ali *et alii* (2013), nem sempre conhecimento acadêmico traz mudança de opinião.

Robey, Marcolini (2013) assinalam que para aqueles que trabalham com transplante a maior dificuldade no trabalho passa pelos dilemas éticos, ressaltando que há poucas discussões dentro da equipe, lembrando que todas as decisões pertinentes ao procedimento são feitas rapidamente, cercada de cuidados fisiológicos para que os órgãos a serem transplantados continuem em saudáveis condições. Assim é elogiável quando esses profissionais se colocam como doadores, demonstrando que mesmo que não haja discussões formais, o processo de doação não passa incólume por eles, evidenciando uma preocupação ética e altruísta.

É de se notar que todos os participantes da equipe classificam o transplante cardíaco como a operação mais delicada, levando em consideração o aspecto fisiológico, uma vez que dentre os que são feitos, é aquele que pode levar à morte mais facilmente, caso não dê certo. Pode-se dizer que, nesse ponto, os aspectos éticos e psicológicos do transplante não são abordados. Isto é compreensível, pois os profissionais de saúde, em geral, são educados para lidar com a prática, com o biológico, e não com o psíquico, como se o corpo pudesse ser difundido, o que não pode. Esses dados confirmam o que Robey, Marcolini (2013), quando dizem que as questões subjetivas são deixadas, muitas vezes, fora do processo de transplante de órgãos. O que acontece de forma diferente na Espanha, uma vez que temas como ME e doações de órgãos estão presentes na formação dos profissionais de saúde, em especial do médico e do enfermeiro, abarcando também o aspecto subjetivo desse processo, fazendo com que tudo que englobe a doação/transplante seja visto como parte de sua atuação.

5.3 População Geral

5.3.1 Dados Sócio demográficos

A terceira população deste estudo foi a população geral, que não tinha envolvimento algum com o processo de doação, totalizando 216 participantes. Aqui se apresenta os dados demográficos, ficando a amostra assim composta:

Mulheres: 135 - (61,5%)

Homens: 81 - (37,5%)

Em relação à idade, houve a seguinte distribuição: entre 18 a 30 anos 99 (45,8%); 31 a 40 anos, 53 (24,5%); 41 a 50 anos, 34 (15,7%), entre 51 a 60 anos, 24 (11,1%) e com mais de 60 anos, 6 participantes (2,8%).

Em respeito ao nível de escolaridade, obteve-se seguintes características:

fundamental incompleto: 26 - (12%)

fundamental completo: 22 - (10,2%)

médio incompleto: 14 - (6,5%)

médio completo: 58 - (26,8%)

superior incompleto: 19 - (8,8%)

superior: 57 - (26,4%)

pós-graduação: 20 - (9,3%).

A distribuição por renda³ ficou do seguinte modo:

até dois salários mínimos 83 - (38,4 %)

entre dois a quatro salários: 64 - (29,7%)

entre quatro a dez salários: 40 - (18,5%)

entre dez a quinze salários: 10 - (4,6%)

com mais de quinze salários: 19 - (8,8%)

Também buscou saber se o respondente possuía alguma crença e, se no caso positivo, qual era. Formou-se a seguinte composição:

Católica: 90 - (41,7%)

Evangélica: 74 - (34,2%)

Nenhuma: 37 - (17,1%);

Espírita: 14 - (6,5%)

Budista: 1

5.3.2 Dados Psicossociais

Nesta parte do trabalho estão os dados conseguidos através de perguntas de cunho psicológico ou social. Apresenta-se as questões conforme estavam no questionário aplicado à essa população, ressaltando que este deveria ser totalmente compreensível a todos os níveis de escolaridade.

Em resposta à questão: “*Você permitiria que seus órgãos fossem transplantados?*” obteve-se os seguintes resultados:

Sim: 192 – (88,9%)

Não: 24 – (11,1%)

Na pergunta: “*No caso que seu parente faleça você autorizaria a doação de órgãos?*”, os participantes responderam:

Sim: 178 – (82,4%)

Não: 38 – (17,6%)

Nesse ponto, buscava-se conhecer a intenção dos participantes sobre potencial autorização para doar os órgãos de um parente falecido, o que de acordo com os dados

³ O valor se baseou no salário mínimo vigente na época: R\$ 788,00 e obedeceu os critério do IBGE para a classificação da classe social a que o sujeito pertence

desta questão, a taxa é muito alta. Cruzando as respostas positivas com as daqueles que doariam seus órgãos, chegou-se aos seguintes resultados:

Sim: 174 – (90,6%)

Não: 18 – (9,4%)

Assim, pode-se dizer que as pessoas estão propensas tanto a serem doadoras como também gostariam que seus parentes o fossem.

Os participantes que responderam Sim sobre ser doador, deram as seguintes afirmativas para a pergunta “*quais são os motivos de doação de órgãos?*”:

Salvar vida: 67 – (34,9%)

Ajudar: 53 – (27,6%)

Não têm mais utilidade: 23 – (11,9%)

Outros motivos: (ser retribuído/religioso/etc.): 11 – (5,7%)

Sem justificativa: 36 – (18,7%)

Vê-se, então, que o altruísmo está fortemente presente, conforme alguns participantes escreveram:

"Porque não salvar uma vida? Me coloco no lugar do outro"

"Em vida e em morte temos que ser unidos e ajudar o próximo"

"Não vejo como negar uma coisa que beneficia outros seres humanos".

"Gosto da ideia de salvar"

Em relação ao órgão não ter mais utilidade, parece que os respondentes têm um apego ao corpo, pois foi menor o número de participantes que alegaram esse fator, o que será discutido mais a frente neste trabalho, mas ainda assim aparecendo em algumas respostas:

"Gosto da ideia de salvar uma vida com um órgão destinado a apodrecer"

"Se a reutilização dos mesmos pode ajudar alguém, porque não?"

De acordo com os dados obtidos, foi possível perceber que os participantes de Campo Grande – MS estão dispostos a serem potenciais doadores, assim como autorizar a doação de um parente falecido. Em todas as faixas etárias e de renda, foi possível

perceber esta tendência. O resultado está de acordo com os pesquisadores Moraes, Gallani, Meneghin (2006); Coelho *et alii* (2007); Ali *et alii* (2013); Rios *et alii* (2013); Wen-zhao *et alii* (2013); Nair-Collins, Green, Sutin (2014) e Doggenweiler, Guic (2014). Para Moraes, Gallani, Meneghin (2006) a doação de órgãos esbarra em muitas questões práticas e ideológicas, pois muitas vezes o potencial doador não deixou claro em vida que gostaria de sê-lo e a família acaba não se atendo a isso, levando então às decisões subjetivas influenciadas pela religião e pela informação que se tem sobre transplante, entre outros fatores. Concordando, Avilés, Rivera, Catoni (2014) apontam que esse processo é perpassado por complexos dilemas éticos ao que Coelho *et alii* (2007) adicionam que a não efetivação da doação pode dar-se por conta da falta de confiança na medicina e no sistema de captação e distribuição dos órgãos, o medo do paciente não estar realmente morto, como também foi apontado no nosso trabalho, da mesma forma que o temor da mutilação do corpo. Wen-zhao *et alii* (2013) relatam que apenas 1% dos chineses que necessitam recebem os órgãos. Todos os autores mencionados têm pesquisas com resultados semelhantes, ou seja, diagnosticaram que a população é favorável à doação, mas que não se efetiva de fato, sendo necessárias ações concretas para que ela se realize. Assim, é preciso destacar que os dados de nossa pesquisa demonstram a expectativa da pessoa que participou e não a realidade atual.

Vélez (2007) lembra que apesar de ser individual a doação é um ato geral, pois afeta toda a sociedade envolvida, ou seja, é para a comunidade e não para um indivíduo que se doa órgãos, tornando-se assim concreta e necessária para a continuidade social. Dessa forma pode-se entender que os participantes compreendem essa necessidade de dar sequência à coletividade. Contudo é sempre importante ressaltar que no Mato Grosso do Sul, assim como no Brasil a doação não se efetiva de fato, o que leva a pensar que há variáveis de ordem psicológica e estrutural que impedem essa concretização, o que concordamos com a autora ao citar o culto ao corpo, o desejo de não beneficiar alguém desconhecido e o racismo como causas de não doação, ou seja, o que leva de fato um sujeito a ser doador é se desprender de si e pensar no benefício para toda a comunidade, deixando de lado seu individualismo.

Nesse ponto destacamos as ações feitas na Espanha, pois ali se trabalha de forma indireta a autoestima do cidadão, colocando que ele é benevolente e podendo ajudar ao outro, mesmo depois da própria morte. Mostrar receptores sadios e vivendo plenamente faz com que se pense que valha a pena se desprender, sem angústia, do seu corpo sem vida para deixá-lo à disposição de outra pessoa. Foi percebido também que o povo

espanhol deposita confiança seu sistema de saúde, sabendo que os órgãos vão a quem realmente precisa e isto sem levar em conta a confissão religiosa do receptor.

Em relação aos motivos nossos dados corroboram a literatura, indicando que o principal é salvar uma vida, sendo o menor o de cumprir dever religioso, segundo Rech, Rodrigues Filho (2007); Coelho *et alii* (2007); Vélez (2007); Bousso (2008) e Rios *et alii* (2013). No nosso trabalho surgiram também respostas apontando para o fato de que os órgãos não tinham mais utilidade, sendo possível então, aproveitá-los em outras pessoas. O pequeno número de participantes que mencionou essa razão denota o apego ao corpo biológico. Esse tema será abordado mais adiante nesse trabalho.

Ser bom e dar vida ao outro remete aos preceitos cristãos arraigados socialmente, ou seja, é bonito e correto se colocar como doador para salvar uma vida, mas esse ato não se concretiza, uma vez que há várias questões psicológicas envolvidas, muitas vezes inconscientes, para o que Gonzalez (2009) chama a atenção, pois é necessário reconhecer também os motivos latentes que levam à doação ou sua recusa, como a questão do morto não ser apenas um corpo, mas sim alguém com uma história, com um laço fraterno com aqueles que ficaram e se desfazer dessa pessoa é reconhecer o fim desta relação. Sempre bom ter claro então que o corpo não é apenas biológico, mas também psíquico, com todos os sentimentos aí envolvidos. Assim, pode-se pensar que inconscientemente autorizar a doação pode remeter ao martírio do corpo e ao encerramento da pessoa que morreu, conforme nos apontam Freud (1920/1979), Lacan (1966/1998) e Miller (2016).

Sobre o altruísmo, tão presente nas respostas, Moorlock *et alii* (2014) alertam para o fato de que pode tanto estar relacionado a uma motivação, quanto a uma ação, destacando que a verdadeira doação altruísta tem que ser feita sem uma intenção diretiva. Ressalta-se que salvar uma vida é subjetivo, demonstrando um bonito propósito, correto e bem visto socialmente, mas não está ligado ao conceito de cumprir dever religioso, visto como algo concreto, como por exemplo, ir à igreja, pagar o dízimo, etc. Assim, pode-se inferir que dar vida é da esfera psicológica, sem necessariamente ser concretizada, sendo apenas necessário mencionar a vontade para se colocar como um verdadeiro cristão. Se as igrejas fizessem um discurso mais efusivo em favor da doação é muito provável que ela aumentaria substancialmente, tendo em vista que a grande maioria da população tem alguma crença, conforme apontado nessa pesquisa. Devemos destacar ainda que a religião é uma das principais configuradoras da subjetividade e, por conseguinte, do inconsciente coletivo.

Separando a população da pesquisa por gênero chegou-se aos resultados abaixo:

Feminino:

Você permitiria que seus órgãos fossem transplantados?

Sim: 121 – (89,6%)

Não: 14 – (10,4%)

Os motivos que levariam as mulheres a serem doadoras:

Salvar vida: 46 – (38,1%)

Ajudar: 31 – (25,6%)

Não têm mais utilidade: 16 – (13,2%)

Sem justificativa: 19 – (15,7%)

Questionadas sobre se “*No caso que seu parente faleça, você autorizaria a doação de órgãos?*” Elas responderam:

Sim: 109 – (80,7%)

Não: 26 – (19,3%)

Os motivos das mulheres para determinar tal autorização:

Salvar vida: 21 – (19,3%)

Ajudar: 44 – (40,3%)

Não ter mais utilidade: 5 – (4,5%)

Sem justificativa: 15 – (13,8%)

Vinte e sete disseram que autorizariam apenas se o parente fosse doador, ou seja, se ele houvesse, em vida, autorizado.

Masculino:

“Você permitiria que seus órgãos fossem transplantados?”

Sim: 71 – (87,7%)

Não: 4 – (12,3%)

Os motivos que levariam os homens serem doadores são:

Salvar vida: 25 – (35,2%)

Ajudar: 21 – (29,5%)

Não têm mais utilidade: 14 – (19,7%)

Sem justificativa: 17 – (23,9%)

Questionados sobre “*No caso que seu parente faleça, você autorizaria a doação de órgãos?*” Eles responderam assim:

Sim: 69 – (85,1%)

Não: 12 – (14,8%)

Os motivos dos homens para determinar tal autorização seriam:

Salvar vida: 32 – (46,3%)

Ajudar: 15 – (21,7%)

Não ter mais utilidade: 3 – (4,3%)

Sem justificativa: 12 – (17,3%)

Nota-se que tanto homens quanto as mulheres são altamente tão propensos a serem doadores quanto a autorizar que um ente falecido também possa ser.

Eis algumas respostas escritas pelos participantes:

"Porque não salvar uma vida? Me coloco no lugar do outro"

"Gosto da ideia de salvar uma vida com um órgão destinado a apodrecer"

"Entre a deformação imediata e a possibilidade de estender uma vida, a segunda é inteligente, humana, sensata..."

As diferenças aparecem nos motivos para a doação, pois percebe-se que os homens tendem a ter menor apego ao corpo, mencionando que depois da morte este não tem mais utilidade. Carrasco (2005) aponta que na sociedade atual o amor ao próprio corpo é grande, o que pode levar ao não consentimento para doação.

Voltando ao público geral de ambos os gêneros, em resposta à pergunta “*Você permitiria que seus órgãos fossem transplantados?*”, de acordo com a idade do participante obteve-se os resultados abaixo:

Entre 18 e 30 anos: 99 participantes.

Sim: 88 – (88,9%)

Não: 11 – (11,1%)

Entre 31 e 40 anos: 53 participantes

Sim: 43 – (81,1%)

Não: 10 – (18,9%)

Entre 41 e 50 anos: 34 participantes.

Sim: 32 – (94,1%)

Não: 2 – (5,9%)

Entre 51 e 60 anos: 24 participantes

Sim: 23 – (95,8%)

Não: 1

Mais de 60 anos: 6 participantes

Sim: 6 – (100%)

O número de participantes que responderam sim é grande em todas as faixas etárias. Contudo essa taxa abaixa entre os respondentes de 31 a 40 anos, talvez porque essas pessoas estão no auge de suas vidas, batalhando e ponderar sobre ser doador é se remeter à própria morte, algo que não se pensa nesse momento. Não há dados na literatura que possam corroborar ou se contrapor aos nossos achados.

Em resposta à pergunta “*Você permitiria que seus órgãos fossem transplantados?*”, de acordo com o nível de escolaridade do participante obteve-se as seguintes respostas:

Fundamental incompleto: 26 participantes

Sim: 22 – (84,6%)

Não: 4 – (15,4%)

Fundamental completo: 22 participantes

Sim: 16 – (72,7%)

Não: 6 – (27,3%)

Médio incompleto: 14 participantes

Sim: 12 – (85,7%)

Não: 2 – (14,3%)

Médio: 58 participantes

Sim: 51 – (87,9%)

Não: 7 – (12,1%)

Superior incompleto: 19 participantes

Sim: 17 – (89,5%)

Não: 2 – (10,5%)

Superior: 57 participantes

Sim: 54 – (94,7%)

Não: 3 – (5,3%)

Pós graduação: 20 participantes

Sim: 20 - (100%)

Chama a atenção que a tendência de ser doador ascende conforme a escolaridade, com exceção em relação ao ensino fundamental completo. Destaca-se que entre aqueles que têm ensino superior completo ou pós-graduação a taxa é muito alta, o que concorda com Doggenweiler, Guic (2014). Contudo, Ali *et alii* (2013) lembram que o aumento do conhecimento não significa necessariamente que as pessoas se tornarão doadoras e de acordo com que Rech, Rodrigues Filho (2007), Irving *et alii* (2012) e Ralph *et alii* (2014) assinalam, ser ou não doador perpassa por variáveis tanto concretas quanto psicológicas, que são mais preponderantes na doação, conforme Vélez (2007) aponta, mencionando como motivos o altruísmo, a solidariedade e a necessidade de ser ético e moral socialmente.

Em suma, os anos de estudo auxiliam no aumento de conhecimento geral, o que vai ajudar na tomada de decisão, mas é preciso também, talvez sobretudo, se atentar para os aspectos psicológicos da população brasileira em relação à doação. Nesse sentido, concordamos com Torres (2003) ao afirmar que o Homem não pode ser considerado apenas biológico, mas de igual forma um ser emocional, levando em consideração suas

questões motivacionais, mesmo as inconscientes. Concordando, San Gregorio (2002) e Holman (2013) confirmam que aspectos psicológicos pessoais influem muito na decisão de doar ou não os órgãos, como a concepção acerca do altruísmo e solidariedade, a necessidade de ser ético e moral socialmente, a pressão familiar e social, o respeito à vontade do falecido, os sentimentos e as crenças religiosas. Contudo deve-se questionar qual é o conhecimento que se tem sobre a doação, uma vez que esse afetará diretamente os itens citados anteriormente, levando à sociedade a novas concepções psicológicas sobre o tema.

Em resposta à pergunta “*Você permitiria que seus órgãos fossem transplantados?*”, de acordo com a renda do participante obteve-se os resultados abaixo:

Até dois salários mínimos: 83 participantes

Sim: 67 – (80,7%)

Não: 16 – (19,3%)

Entre dois a quatro salários: 64 participantes

Sim: 59 – (92,2%)

Não: 5 – (7,8%)

Entre quatro a dez salários: 40 participantes

Sim: 37 – (92,5%)

Não: 3 – (7,5%)

Entre dez a quinze salários: 10 participantes

Sim: 10 – (100%)

Com mais de quinze salários: 19 participantes

Sim: 19 – (100%)

Os dados demonstram que o número de participantes com rendas mais baixas estão menos dispostos enquanto os mais ricos têm maior inclinação a serem potenciais doadores. Infelizmente não há na literatura estudos que demonstrem a relação da doação

com a classe social. Dessa forma nossa pesquisa traz essa nova informação. Contudo, aqui se fala de intenção e não de efetivação, ou seja, entre a propensão e a doação há um - longo - caminho que pode não ser percorrido.

Em resposta à pergunta “*Você permitiria que seus órgãos fossem transplantados?*”, de acordo com a crença do participante obteve-se os resultados abaixo:

Espírita: 14 participantes

Sim: 13 – (92,8%)

Não: 1

Católica: 90 participantes

Sim: 82 – (91,1%)

Não: 8 – (8,2%)

Evangélica: 74 participantes

Sim: 62 – (83,8%)

Não: 12 – (16,2%)

Budista: 1 participante

Sim: 1

Nenhuma: 37 participantes

Sim: 34 – (91,9%)

Não: 3 – (8,1%)

Pode se perceber que aqueles que não tem uma crença estão mais propensos a serem doadores. Entre os que possuem algum credo, os espíritas, seguidos dos católicos estão mais inclinados a permitirem que os seus órgãos sejam transplantados. Os evangélicos, por sua vez, são um pouco mais temerosos, mas ainda assim a grande maioria tem intenção de doar órgãos. Esses dados vão ao encontro do que postula San Gregorio (2002).

A religiosidade faz parte da subjetividade, da constituição psíquica do indivíduo, em especial de uma população teísta e cristã como a brasileira. Segundo Conessa (2005); Rech, Rodrigues Filho (2007); Dalbem, Caregnato (2010) Rios *et alii* (2012); Salim *et alii* (2012); Holman (2013) e Mithra *et alii* (2013) a religião é um fator fundamental na hora de aceitar ou negar a doação. Concordando com Setta, Shemie (2015), a crença fornece aos seus adeptos explicações para o significado e propósito da vida, incluindo a análise ética para as situações em que seus seguidores se encontram. Nossa amostra foi constituída por uma expressiva maioria de cristãos (católicos e evangélicos) e essa religião, de acordo com Setta, Shemie (2015) é favorável à doação, mesmo que não de forma totalmente expressa pelos seus documentos ou representantes. Conforme já mencionado, se colocar como um salvador de vidas é um ato de amor ao próximo, propagado pelas igrejas cristãs. Contudo, ressalta-se que a taxa de doação ainda é muito baixa no Brasil, o que leva a acreditar que na prática, o concreto, não está se efetivando. Talvez se as campanhas tivessem o apoio formal igrejas, é provável que obtivessem maior sucesso, pois, parece que a intenção de doar já tem a validade de ser um bom cristão, ou seja, a efetivação não precisa acontecer para se ter o reconhecimento divino. Assim, podemos pensar que por ser um fator diretamente ligado ao psiquismo do sujeito, a religião deve ser mais participativa na questão da doação, uma vez que ela seria uma grande aliada, afetando diretamente a dimensão psicológica da doação.

Sobre a pergunta: “*Alguma vez a doação de órgãos foi discutida em sua casa?*”, obteve-se os seguintes dados:

Sim: 122 – (56,5%)

Não: 94 – (43,5%)

A literatura aponta que não se conversa sobre esse assunto em casa entre os familiares, mas nota-se pelas respostas que a discussão acerca do transplante de órgãos é feita pela maioria, mesmo havendo um alto percentual, cerca de quase 44%, que não falam sobre o tema. Blanca *et alii* (2007); Rios *et alii* (2013); Arcanjo, Oliveira, Silva (2013) e Doggenweiler, Guic (2014) apontam que quando se aborda em família sobre ser doador, a propensão em autorizar é maior. Nossos dados, no entanto, não aquiescem essa afirmação, uma vez que tanto entre os que discutiram quanto entre os que não o fizeram, a inclinação em ser doador, ou autorizar a retirada dos órgãos de um parente falecido é a mesma, conforme descrito abaixo:

Cruzando as respostas daqueles que discutiram a doação de órgãos em casa para saber se doariam, chegou-se aos seguintes resultados:

Sim: 113 – (92,6%)

Não: 9 – (7,4%)

Relacionando as respostas daqueles que não discutiram a doação de órgãos em casa para saber se ainda assim doariam, as respostas foram:

Sim: 79 – (84%)

Não: 15 – (16%)

Embora o número de participantes que não conversaram em família sobre o transplante seja alto, percebe-se que esse pode não ser um fator decisivo na vontade de ser doador, pois, conforme os dados encontrados, entre os que discutiram e os que não o fizeram as taxas se mantêm iguais. Falar desse assunto é tocar em um tema espinhoso: a morte, que ainda continua sendo tabu, conforme apontam Kübler-Ross (2000) e Moritz (2004). Dessa forma, concordando com Vargas; Ramos (2006) é preciso debater sobre a morte, levando em consideração inclusive a possibilidade de doação de órgãos.

Associando as respostas daqueles que discutiram a doação de órgãos em casa para saber se autorizariam a retirada de órgãos de um parente falecido, chegou-se aos resultados:

Sim: 105 – (86%)

Não: 17 – (14%)

Em seguida, entrelaçando as respostas daqueles que não discutiram a doação de órgãos em casa para saber se mesmo assim autorizariam a retirada de órgãos de um parente falecido, as respostas foram:

Sim: 73 – (77,7%)

Não: 21 – (22,3%)

Esses dados vêm ao encontro do discutido acima, pois é possível perceber que dialogar ou não com a família não é um fator preponderante para a autorização da doação dos órgãos de um parente falecido.

Em comparação com o país europeu já citado, é muito corriqueiro as pessoas terem um conhecido, ou alguém próximo que precisou de um transplante e o obteve com sucesso, o que repercute em diálogos cotidianos onde a da doação se faz presente, tornando-se algo comum.

Em resposta à pergunta “*Acredita que exista corrupção na destinação dos órgãos doados?*”, obteve-se os seguintes resultados:

Sim: 147 – (68 %)

Não: 69 – (32%)

Em resposta à pergunta “*Acredita que exista corrupção na destinação dos órgãos doados?*”, de acordo com a escolaridade do participante obteve-se os resultados abaixo:

Fundamental (48 participantes): 38 – (79,1%)

Médio (72 Participantes): 56– (77,7%)

Superior (76 participantes): 49 – (64%)

Pós graduação (20 participantes): 8 – (40%)

Relacionando as respostas daqueles que acreditam que exista corrupção na destinação dos órgãos doados para saber se doariam, chegou-se aos resultados:

Sim: 127 – (86,4%)

Não: 20 – (13,6%)

Cruzando as respostas daqueles que acreditam que exista corrupção na destinação dos órgãos doados para saber se autorizariam a retirada de órgãos de um parente falecido, chegou-se aos resultados abaixo:

Sim: 116 – (78,9%)

Não: 31 – (21,1%)

Vê-se que mesmo acreditando que haja corrupção, ainda assim os participantes estão propensos a serem doadores ou autorizar a doação de um parente falecido.

Um dos grandes entraves da doação de órgãos é o medo de que estes sejam comercializados, traficados. Os dados do nosso trabalho confirmam esse temor, pois a grande maioria das pessoas acredita que haja corrupção, concordando com os achados de Moloney, Walker (2002); Moraes, Gallani, Meneghin (2006); Coelho *et alii* (2007), Vélez (2007); Garrafa (2009); Moraes, Massarolo (2009); Dalbem, Caregnato (2010) e Irving *et alii* (2012) quando apontam que um dos maiores motivos na recusa de ser doador é este receio, o que Torres (2003) confirma ao expressar que o medo não é fantasia, pois em alguns países quando se possui meios financeiros é possível a compra. A ideia deste comércio é tão arraigada socialmente que a expressão “preço de um rim” se refere a algo muito caro, ou seja, o conceito popular demonstra que se sabe mais ou menos o valor pecuniário de um órgão.

Chama a atenção na nossa pesquisa dois pontos: 1) os médicos também acreditarem que possa haver algum tipo de desvirtuação no processo de transplante e 2) os psicólogos serem ainda mais desconfiados, conforme o que está apontado na página 103.

Os resultados demonstram que independente da escolaridade a crença na corrupção é grande. Contudo, quanto maior o nível de estudo formal, menor a desconfiança. Pode-se dizer que as pessoas com menos anos de estudo estão mais suscetíveis ao imaginário social de que os órgãos doados podem acabar beneficiando alguém que tenha mais dinheiro, refletindo que a educação poderia auxiliar na desmistificação sobre o processo de doação em seu todo, mas, sobretudo acerca do tráfico. Não há na literatura estudos sobre essa variável.

É possível afirmar que se não há crença no sistema de saúde não haverá aumento no número de doações, pois as pessoas não sabem o que acontece. É imprescindível se fazer mais claro

Deve-se atentar, entretanto, que todas essas respostas podem ter sido influenciadas pelo momento político brasileiro envolvendo a corrupção.

Não é de se estranhar, portanto que no país ibérico haja mais doações, já que a população acredita no sistema de saúde, pois também se beneficia dele. Essa confiança é fundamental, conforme aponta San Gregorio (2002), o que não ocorre no Brasil.

Partindo do princípio que a palavra ordena o imaginário, de acordo com Lacan (1966/1998), pode-se pensar que a corrupção, tão veementemente discutida atualmente na sociedade brasileira, pode ser um ponto concreto de pretexto para não doar os órgãos, ou seja, no fim, o brasileiro ainda tem muita resistência interna em relação à doação e acaba encontrando um ensejo – concreto - para não ser doador, desencadeando o mecanismo de defesa da racionalização.

Sobre o questionamento: *“O que deveria ser feito para aumentar o número de doações?”*, obteve-se os seguintes resultados:

Divulgação na mídia: 165 – (76,4%)

Campanhas nas escolas: 119 – (55,1%)

Maior participação por parte do governo: 133 – (61,6%)

Campanhas nas ruas e praças: 98 – (45,4%)

Outras:

- Divulgação e discussão em centros religiosos: 4

Para responder essa questão o participante poderia escolher várias alternativas entre as oferecidas, possibilitando marcar mais de uma ou ainda sugerir outras que achasse viável. Pelos dados obtidos vê-se que a mídia tem contribuição importante sobre o processo de doação de órgãos. Em segundo lugar aparece as campanhas nas escolas, que apesar de terem um propósito em longo prazo, é relevante, uma vez que inculca desde cedo uma cultura de doação. A menor importância se atribui a discussão em centros religiosos, o que é compreensível, pois a menção da morte ainda é tabu nas igrejas. Contudo, conforme anteriormente discutido, se houvesse mais abordagens por parte das religiões, a propensão em ser doador, concretamente, aumentaria, uma vez que essa é um grande determinante do psiquismo de acordo com Salim *et alii* (2012) e Setta, Shemie (2015). Interessante notar que os respondentes deixam a parte que cabe ao governo em terceiro lugar, ou seja, denota que se faz necessário mais campanhas, maior conscientização da população acerca do assunto. Deve-se destacar entretanto que o conhecimento sobre o processo de doação é baixo, o que leva a pensar que os respondentes não sabem qual, de fato, é a parte que cabe ao poder público.

Rech, Rodrigues Filho (2007); Garrafa (2009) e Stadlbauer *et alii* (2013) defendem que haja maior conscientização e assim conseguir mais sensibilização do público em geral. Entretanto Quintana, Arpini (2009) alertam para o fato de que é preciso levar em consideração as diferenças culturais, porque mudanças de comportamento devem ter em conta crenças, valores e conceitos em que as pessoas estão inseridas socialmente. Os brasileiros, por exemplo, são muito apegados ao corpo. Holman (2013) lembra que se deve ter bem claro os aspectos psicológicos, como o verdadeiro altruísmo e a relação social que permeia o convívio social, o medo de matar o parente, a relação com o corpo e o temor de sua desfiguração, a forma como se lida com a morte e também o conhecimento que se tem sobre o processo de doação de órgãos, além das crenças da população para se planejar estrategicamente campanhas e em concordância, Vargas; Ramos (2006) defendem também que as campanhas não foquem apenas no biológico, mas igualmente nas questões psicológicas da população, pois os valores psicossociais adicionados à falta de políticas voltadas para a doação de órgãos resultará no receio das pessoas, segundo Davidai, Gilovich, Ross (2012). Um exemplo disso é o questionamento sobre a cordialidade brasileira, até que ponto ela é verdadeira? Até onde o brasileiro realmente está disposto a colaborar com o outro? A ausência de doação talvez possa ser um indicador de que não somos tão altruístas e bons como faz crer o conceito popular.

Garrafa (1996) pontua que as campanhas para doações nunca acompanharam o avanço da ciência, nem mesmo utilizando dos meios de comunicação em massa. Blanca *et alii* (2007) afirmam é preciso que se invista nesta luta, devendo ser sistemática e duradoura, de forma que possa ajudar a esclarecer e desmistificar o processo de transplante de órgãos, o que, de acordo com Martínez *et alii* (2008) fará com que a população em geral tome uma decisão mais consciente e menos carregada de mitos e estigmas.

Vélez (2007) afirma que as ações de propagação cumprem, ou ao menos tentam, a função integradora de valores, ou seja, vão buscar mexer na moral das pessoas, demonstrando que o ato de doar exerce poder sobre a continuidade social, sendo transformador e não isolado, afetando toda uma comunidade e desempenhando influência nos demais indivíduos, o que García, Cárdenas (2011) também concordam, colocando que se deve ressaltar seus benefícios sociais. Assim, de acordo com os dados obtidos na nossa pesquisa aliados ao que a literatura postula, pode-se afirmar que há necessidade de mais atos voltados para o esclarecimento, conscientização e sensibilização do grande público. Dessa forma pode-se pensar que as campanhas, além de serem pontuais, acabam por não cumprir seu papel, que é levar conhecimento modificando a concepção sobre a doação, pois é sabido que o conhecimento altera a forma como o sujeito enxerga sua realidade. Deve-se trabalhar, portanto, aspectos como o desapego ao corpo, a religiosidade, o medo de matar o parente, conceitos sobre ME, o tráfico de órgãos, entre outros influenciadores.

Devemos destacar que na Espanha as campanhas são pontuais e realizadas pela coordenação da Comunidade Autônoma, o que equivale aos estados brasileiros, levando em consideração suas peculiaridades, pois, como no Brasil, as diferenças culturais podem ser grandes. Contudo é interessante saber que a ONT, em seu todo, trabalha os aspectos psíquicos de forma mais sutil, inculcando na população que ela é uma nação de pessoas boas, elevando a autoestima. Esse trabalho é quase diário, feito pela grande mídia. Outro aspecto interessante a ser levado em consideração é o orgulho de ser o país que mais doa órgãos desde 1994, vinculando ao amor-próprio espanhol, o que é reiterado com bastante frequência.

Em resposta à pergunta: “*O que você sabe sobre doação de órgãos?*”, obteve-se os seguintes resultados:

Nada: 57 – (26,4%)

Salvar Vidas: 52 – (24,1%)

Fila grande: 14 – (6,5%)

Atitude Importante: 11 – (5,1%)

Depende da vontade do doador: 12 – (5,5%)

Depende da vontade da família: 12 – (5,5%)

Morte Encefálica: 9 – (4,1%)

Ajudar: 5

Essa era uma questão aberta, onde o participante escrevia sobre seu conhecimento, podendo discorrer à vontade. Nota-se que Nada aparece com maior frequência, ou seja, as informações não estão chegando para as pessoas em geral. Em seguida aparece o conceito de que a doação salva vidas, demonstrando que ele está fortemente arraigado socialmente.

Outro ponto que se deve destacar é o fato de que os respondentes escreveram que depende da vontade do doador. Essa é uma concepção errônea, uma vez que a doação é uma decisão dos parentes vivos, independente do que o falecido expressou anteriormente em vida.

Sobre poder doar somente após a ME, essa ideia é parcialmente errada, pois pode haver doação também em morte cardiorrespiratória.

Pode-se ver, pelos dados obtidos aqui, que a população geral ainda está mal informada sobre a doação de órgãos, corroborando o que foi discutido antes, que as campanhas existentes não estão surtindo o efeito esperado. Uma explicação para o não sucesso pode ser a forma como são feitas, reiterando o que Quintana, Arpini (2009) asseguraram.

Nossos achados corroboram o que Moraes, Gallani, Meneghin (2006); Dalbem, Caregnato (2010); Irving *et alii* (2012); Arcanjo, Oliveira, Silva (2013), Mithra *et alii* (2013); Pessoa, Schirmer, Roza (2013) e Stadlbauer *et alii* (2013) afirmam em seus estudos, destacando principalmente a falta de conhecimento sobre o transplante como uma das maiores causas de negativa para doação, gerando medo na comunidade em geral. Nesse sentido Almeida *et alii* (2003) alertam para o fato de que a autonomia de tomada de decisões só é verdadeira quando o conhecimento é pleno, o que provavelmente não acontece na população brasileira, uma vez que há grande desinformação sobre o transplante de órgãos.

Destaca-se, porém, que nem sempre conhecer o processo pode levar a mais doações. No entanto, como dito acima, quando se compreende, a tomada de decisão se torna mais consciente, sem mitos, levando a um ato verdadeiramente sincero, a uma ação consciente, sem misticismo, sem imaginações muitas vezes folclóricas.

Aqui mencionamos a configuração espanhola de trabalhar esse ponto, onde a mídia tem um grande papel, levando aos cidadãos, com bastante frequência, notícias sobre o processo de doação e transplante. Mostra-se a história e a vida dessas pessoas, inculcando identificação com elas. Também são veiculadas matérias mostrando o cotidiano de quem trabalha com a captação e transplante. Isso faz com que o sujeito comum, leigo no assunto, possa entender um pouco mais e assim compreender de forma menos fantasiosa todo esse processo.

Na questão: “*Ocorre que as pessoas se recusam a doar órgãos. Porque?*”, obteve-se as seguintes respostas:

Falta de entendimento: 117 – (54,2%)

Receio dos órgãos serem comercializados: 105 – (48,6%)

Crença religiosa: 101 – (46,7%)

Preocupação do doador não estar realmente morto: 99 – (45,8%)

Desrespeito ao corpo humano: 40 – (18,5%)

Preocupação de beneficiar alguém desmerecido: 21 – (9,7%)

Outros motivos: 10 – (4,6%)

Os dados deste trabalho demonstram que a falta de entendimento, receio dos órgãos serem comercializados, crença religiosa e a preocupação do doador não estar realmente morto são os maiores fatores que levam a não autorização para doação. É importante ver que nessas respostas aparecem o que o indivíduo realmente pensa sobre o assunto, ou seja, o que leva inconscientemente, talvez, ele próprio a não ser um potencial doador, ou não autorizar que um parente falecido seja, o que nos faz remeter a Torres (2003); Gonzalez (2009) e Lacan (1976/2007), pois o transplante coloca o sujeito frente à uma desestruturação do Corpo, ainda que imaginário.

Ter a falta de entendimento como a maior causa de recusa chama atenção, já que de acordo com as respostas à questão “o que você sabe sobre doação de órgãos?”, percebeu-se que há equívocos em relação ao tema, o que corrobora essas respostas, demonstrando que o público geral acaba não tendo muito conhecimento do que

realmente é esse processo. Essa desinformação aliada aos aspectos psicológicos podem ser um dos grandes motivos da baixa taxa de doação, concordando com Conesa *et alii* (2005); Rech, Rodrigues Filho (2007); Irving *et alii* (2012) e Mithra *et alii* (2013).

O medo de que os órgãos sejam comercializados também aparece como importante fator de rejeição à doação. Nossos dados concordam com a literatura, pois Garrafa (1996) Moloney, Walker (2002); Coelho *et alii* (2007); Vélez (2007); Moraes, Massarolo (2009); Dalbem, Caregnato (2010) e Irving *et alii* (2012) apontam a questão do temor da negociata como um dos maiores impedimentos. Sobre esse assunto, Moraes; Gallani; Meneghin (2006) demonstram que a falta de esclarecimento somada ao sensacionalismo propagado pelos veículos de comunicação sobre tráfico de órgãos atrapalham. Contudo, infelizmente, esse alarme não é de todo irracional, pois Torres (2003) afirma que é possível conseguir transplante em alguns países se a pessoa possui meios financeiros suficientes. Em suma, o pavor de que o órgão doado seja vendido vem da fantasia do sujeito, mas pautado em fatos concretos amplamente difundidos, dificultando ainda mais a captação.

Em relação à fé como obstáculo à doação, sabe-se que o Brasil é um país predominantemente cristão, sendo possível, então, conjecturar que aquilo que as igrejas pregam torna-se uma regra moral, ou seja, a grande maioria dos brasileiros segue aquilo que seus líderes religiosos apregoam como correto. Salim *et alii* (2012) relatam que a religião está intrinsicamente ligada à doação, demonstrando que aqueles que seguem igrejas que a incentivam, são mais propensos a aceita-la. No nosso trabalho, a crença religiosa aparece como um possível fator de estorvo, o que concorda com Conesa *et alii* (2005); Moraes, Gallani, Meneghin (2006); Rech, Rodrigues Filho (2007), Moraes, Massarolo (2009); Quintana, Arpini (2009); Dalbem, Caregnato (2010); Irving *et alii* (2012); Rios *et alii* (2012); Siddiqui *et alii* (2012); Holman (2013) e Pessoa, Schirmer, Roza (2013). As religiões, conforme Setta, Shemie (2015), fornecem aos seus adeptos explicações para o significado e propósito da vida, incluindo a análise ética para as situações em que seus seguidores se encontram. Em tempos de crise, como a morte de um ente querido é quase certo que essas pessoas evocarão os saberes da crença a que pertencem, na tentativa de trazer conforto psicológico. Assim, podemos afirmar que mesmo que não seja o agente principal de obstáculo à doação, entender e trabalhar junto à fé da população é fundamental, pois essa está influenciando negativamente, o que é incongruente, uma vez que o cristianismo não se coloca contra o tema.

Seguindo a sequência de respostas, de acordo com os dados da nossa pesquisa, a preocupação com o parente não estar realmente morto torna-se também um grande agente de impedimento à doação. Essa confusão é compreensível, pois, o parco entendimento sobre a ME faz com que as pessoas tenham medo de que o parente não tenha de fato falecido, gerando dúvidas e debates até mesmo entre os profissionais de saúde como lembra Torres (2003). Aceitar a morte não é algo fácil, ainda mais quando há batimentos cardíacos, conforme Coelho *et alii* (2007); Rech, Rodrigues Filho (2007); Quintana, Arpini (2009); Dalbem, Caregnato (2010); Irving *et alii* (2012); Avilés, Rivera, Catoni (2014) e Ralph *et alii* (2014) apontam. Opinamos então que é preciso rediscutir a morte uma vez que ainda é tabu, como apontam Kubler-Ross (2000), Moritz (2004) e Vargas, Ramos (2006). Sobre isso, Carrasco (2005) auxilia a entender a negação da morte ao apontar que a doação dá ao corpo o status de objeto/máquina retirando sua sacralidade.

Frisa-se que enquanto houver, mesmo entre os profissionais da saúde, o temor de que o falecimento seja diagnosticado errado, a fantasia de que a pessoa não morreu de fato estará presente no imaginário coletivo, se fazendo imprescindível então, como na Espanha, que já na formação acadêmica esteja presente temas relacionados a este contexto. Citamos Vargas, Ramos (2006) quando propõe que as campanhas não foquem apenas no biológico, mas também nas questões psicológicas da população em geral, em especial sobre a ilusão do erro no diagnóstico de ME.

Embora uma pequena parcela dos participantes tenha respondido que o desrespeito ao corpo seja um impedimento, ainda assim esse fator deve ser levado em consideração. Carrasco (2005) lembra que a utopia da presença do falecido faz com que a doação seja percebida como um sofrimento, uma mutilação. Para Bendassoli (2000) a identidade pessoal passa pela questão corporal, se fazendo necessário entender que o corpo ainda que sem vida, para o parente não é um apenas uma matéria que pode se dispor, mas sim a existência real daquele que partiu.

Faz-se mister compreender também, conforme aponta Gonzalez (2009), que o corpo na modernidade é de uma ordem diferente, deixando de ser algo condenado a apodrecer, podendo ser modificado através da tecnologia médica. Assim falar dele na doação de órgãos, pela visão da psicanálise, implica perceber que este processo envolve uma gama de sentimentos e significantes, tanto conscientes quanto inconscientes remetendo ao psiquismo do sujeito, que é moldado através da relação com seu semelhante, pois de acordo com Freud (1895a/1996), reafirmado por Lacan (1954/1988) o Outro tem

fundamental importância na constituição psíquica e corporal, uma vez que o organismo não conseguiria por si só ser capaz de se estabelecer. Mas é fundamental ter claro que no transplante essa relação é levada ao extremo, uma vez que é para alguém desconhecido que se doa gerando, segundo Gonzalez (2009), muita tensão. Talvez aqui haja uma explicação para a não doação, pois esta é feita para alguém que não se conhece, ou seja, para uma pessoa que não há necessidade moral de se fazer o bem. Pode-se então pensar que se trabalhar a tensão gerada pela doação altruísta, seja um caminho para aumentar o número de doações.

Refletindo acerca dos motivos que levam a não autorização, citamos Blanca *et alii* (2007) quando lembram que é preciso conhecer o perfil psicológico daqueles que se opõem à doação afim de se trabalhar com essa recusa. Os autores citam que as pessoas que têm atitudes não sociais, como menos tendência à afabilidade, abertura mental e escrupulosidade, demonstrando menor grau de empatia, de cooperação, de perseverança na atuação, menor eficácia nas ações, com tendência a não reflexão e à intolerância de abertura às novas ideias e valores diferentes dos próprios são menos propensos a serem doadores. Concordando com o exposto, para Gonzalez (2009) a ciência do transplante acaba por não levar em consideração que esse processo está repleto de fatores psíquicos e admitir isso significa considerar ao mesmo tempo a determinação que têm os aspectos sócio-culturais, simbólicos e religiosos do corpo, reconhecendo que fora as causas conscientes do doador, há, sobretudo, questões inconscientes que podem atentar contra a subjetividade do familiar que autorizou a doação. Dessa forma nos remetemos à Psicanálise para explicar a questão do Corpo, o que segundo Viana (2004), tem concepção diferente de Organismo, pois este é biológico e aquele de ordem sexual e pulsional, porém em uma eterna indissociável relação. Segundo Velasco (2013), a psicanálise traz um saber diferenciado sobre o Corpo, não direcionado pela biologia, mas tangenciado pela linguagem, ou seja, o que indivíduo concebe de si, dando uma unidade de Eu. De acordo com Gonzalez (2009) para o sujeito existe a ideia fantasmática de não desaposar-se nunca de uma parte vital do seu corpo, havendo assim a ilusão de que a doação pode ser algo retalhador, mesmo que daquele que partiu eternamente.

Assim, assumimos o posicionamento que o Corpo é muito mais que uma matéria biológica, ele é perpassado por questões psicológicas muitas vezes inconscientes, como a grande veneração ao mesmo desvelando sua sacralidade, o que leva ao temor da mutilação infringida pela retirada dos órgãos, ficando assim, o narcisismo do parente

vivo ferido, pois o familiar que autorizou a doação se identifica com o falecido, ou seja, esse sujeito sente a mutilação como sendo a sua própria. Se faz preciso, então, considerar as significações que o corpo tem para o autorizante, uma vez que o órgão retirado desencadeia um estranhamento, que pode fazer surgir fantasias de fragmentação ou de angústia. Sempre bom notar que é nele que se percebe e se vivencia o psiquismo.

Lembramos que quando questionadas, as pessoas tendem a revelar os aspectos mais concretos, aqueles evidentes, conscientes. Aliado ao fato de que a falta de entendimento seja o motivo mais evidente na recusa à doação, pode-se refletir: se nem as causas conscientes/concretas são trabalhadas, como ficam as inconscientes? Nossa resposta é que estas são veementemente negligenciadas, o que faz aumentar ainda mais as barreiras à doação, levando ao baixo número que se tem no Brasil. Concordamos com Gonzalez (2009) quando aponta que a técnica médica avança mais rápido que o estudo sobre os aspectos psicológicos da doação de órgãos. Devemos lembrar que as questões inconscientes não aparecem tão facilmente no tipo de investigação que foi utilizada no nosso estudo, o que para abarcar-las com maior precisão é necessário que haja pesquisas mais focadas nesse mote. Contudo podemos dizer que a identidade social brasileira e o apego e culto ao corpo são alguns pontos a serem levados em consideração quando se fala da recusa em doar órgãos.

Ainda sobre os motivos da não doação, Moorlock *et alii* (2014) atentam para o fato de que quando uma sociedade não tem disposição geral para o altruísmo, onde cada um só se preocupa com os próprios interesses, a recusa em ajudar é alta. No nosso estudo foi possível ver que os respondentes estão propensos a serem doadores, mas há um hiato entre a intenção e a efetivação. Pressupomos, então, que no momento real da abordagem as pessoas acabam por não doar devido aos aspectos psicológicos, como os já mencionados, entrando inclusive o individualismo tão presente na sociedade brasileira, o que torna fundamental e urgente que se tenham novas estratégias de enfrentamento ao baixo número de doadores.

Assim, pode-se dizer que a recusa em doar tem dois aspectos: o concreto, consciente, aquele que as pessoas argumentam ser a causa de rejeição; e o psicossocial, muitas vezes inconscientes, abarcando a fantasia social da retaliação corporal, do tráfico, da morte ser diagnosticada errada, dentre outros.

Por fim citamos San Gregorio (2002) e Fernandes, Bittencourt, Boin (2015) quando afirmam a necessidade de se colocar o psicólogo nesse processo, pois com isso o número de doações provavelmente aumentaria, uma vez que esse profissional tem

habilidades específicas no que tange às questões emocionais, algo tão presente na doação.

Neste trabalho, fez-se um recorte, buscando um número maior de médicos e de psicólogos por entender que esses profissionais estão diretamente ligados à saúde do Homem. Assim, tiveram 33 médicos e 13 psicólogos participantes da pesquisa.

Ao questionamento “*Você permitiria que seus órgãos fossem transplantados?*”, os médicos responderam:

Sim: 32 – (97%)

Não: 1

Sobre os motivos que levariam esses profissionais a serem doadores:

Salvar vida: 6 – (18,9%)

Ajudar: 17 – (51,5%)

Não ter mais utilidade: 7 – (21,2%)

Os médicos, como profissionais que lidam diretamente com a saúde demonstram ser mais propensos à doação. É interessante notar, contudo, que os motivos estão mais para ajudar do que para salvar vida, o que faz parte do seu cotidiano concreto. Na medicina salvar uma vida é algo mais difícil, é concreto, ou seja, este conceito vai além do imaginário social de que um transplante realmente consiga fazer isso. Ajudar ao paciente totalmente desconhecido, é algo mais próximo da realidade médica, pois eles percebem que o transplante salvaria a vida só em longo prazo e no curto, é realmente ajudar.

Relembramos, então, a formação espanhola onde desde a graduação, passando pela residência médica, há a inserção de conteúdos voltados à doação, o que tem sido fundamental neste processo, pois o médico, não importando onde ele atua, deve ser o primeiro a crer que este procedimento é essencial à sociedade, uma vez que ele tem um papel decisivo nesse processo como um todo. Talvez, então, a formação médica brasileira embora abarque o tema do transplante/doação, ainda não esteja fazendo de forma completa, não prestando a devida atenção aos aspectos psicológicos.

Ao questionamento “*Você permitiria que seus órgãos fossem transplantados?*”, os psicólogos responderam:

Sim: 13 – (100%)

Sobre os motivos que levariam esses profissionais a serem doadores:

Salvar vida: 7 – (53,8%)

Ajudar: 1

Não ter mais utilidade: 4 – (30,7%)

Sabe-se que o processo de transplante de órgãos, desde a captação é algo imbuído de sofrimento, envolto em muitas questões psicológicas. Assim, nota-se que os psicólogos estão sensíveis a essa demanda, uma vez que todos alegaram ser potenciais doadores. Em relação aos motivos, esses profissionais justificaram que salvar vidas é o que mais se leva em consideração, corroborando com o conceito social. Essas respostas são diferentes daqueles dos médicos, pois para um psicólogo “salvar vida” soa mais atrativo, posto que é mais psíquico e por conseguinte, emocional.

Pode-se ver então que tanto médicos quanto psicólogos também se mostraram partidários em doarem seus órgãos após a morte, assim como também autorizarem a doação de seus parentes, corroborando com os dados encontrados na população geral. Esses dados estão de acordo com o que Stadlbauer *et alii* (2013) dizem, que entre os profissionais de saúde a informação é alta, levando a uma sensibilização maior. Uma informação que chama a atenção é que, para o restante dos respondentes, o quesito “não ter mais utilidade do órgão” aparece como terceira opção, mas para médicos e psicólogos é o segundo fator mais importante. Infere-se que estes profissionais são mais desprendidos do corpo físico, entendendo-o, talvez apenas como uma matéria.

Bittencourt, Quintana, Velho (2011) destacam que o transplante ainda é recente, em especial no Brasil, e com isso muitas questões não foram trabalhadas, tornando o processo mais complexo. Em consonância, Lima, Magalhães, Nakame (1997) dizem que o transplante provoca diferentes emoções e acalorados discursos que vão influenciar na opinião pública e que falta abordar as questões psicossociais. Essas afirmações vêm ao encontro dos nossos achados, uma vez que pode-se ver que a sociedade, a família de doadores e a equipe acabam não levando em consideração os aspectos psicossociais do transplante, tendo em conta apenas os aspectos fisiológicos.

García, Cárdenas (2011), dizem que o seu conceito faz com que todos os envolvidos estejam analisando constantemente as implicações éticas e científicas, lembrando que não pode estar necessariamente ligada ao processo de doação de órgãos.

Na opinião de Carrasco (2005), os profissionais que trabalham com o processo de transplante de órgãos, legitimam e difundem as tecnologias do corpo, uma vez que

redefinam o início e o fim da vida. Assim, elas precisam estar atreladas aos novos conceitos e paradigmas de identidade e da existência humana e Pfeiffer (2006), contribui, dizendo que a tecnologia acaba muitas vezes afastando médico e paciente, fazendo com que tanto um como o outro dependa dos resultados dos estudos.

Buscando saber se os médicos e psicólogos acreditavam que havia corrupção na destinação dos órgãos doados, obtive esses resultados:

Médicos (33 participantes): 17 – (51,5%)

Psicólogos (13 participantes): 9 – (69,22%)

Vê-se que mesmo os profissionais de saúde, que muitas vezes estão, de alguma forma, perto do processo de transplante de órgãos, acreditam que tenha corrupção. Interessante notar que metade dos médicos respondeu que sim. Entre os psicólogos a taxa é maior ainda. Assim, pode-se dizer que o temor de que os órgãos não sejam destinados a quem de direito está presente no pensamento até mesmo daqueles que lidam diretamente com a saúde.

5.4 Espanha

Ao completar essa exposição geral achamos pertinente dar uma breve noção sobre a o que se averiguou na Espanha, podendo ser dividido em dois aspectos: Estruturais e Sociais, mas que se entrelaçam ininterruptamente.

5.4.1 Aspectos Estruturais

A ONT é o órgão governamental responsável por todo o processo de transplante, desde a captação, passando por ações a fim de aumentar o número de doações, até o acompanhamento do transplantado. Ela foi criada em 1990 e até a atualidade o presidente continua sendo o mesmo, viabilizando, então, uma continuidade de ações, assim como grande respeitabilidade social.

Sobre sua estrutura, ela está assim constituída:

- ONT: tem a função de organizar o processo em nível nacional, mas não toma as decisões sozinha. Há um Comitê, formado por representantes das Coordenações Autonômicas, que se reúne entre quatro a cinco vezes por ano e há uma reunião anual com todos os Coordenadores. Foi percebido que a instituição goza de um bom

reconhecimento e prestígio social. Os cidadãos comuns sabem que ela existe e para que se destina.

- Coordenações Autônomicas: cada comunidade tem a sua e decide, com o respaldo da ONT, o que deve ser feito. Cabe a ela a coordenação do processo, do acompanhamento, do que é feito nos hospitais, assim como saber o porquê de não acontecer as doações.

- Coordenações Hospitalares: é composta por médicos e enfermeiros que é quem aborda a família dentro de parâmetros estabelecidos para suas ações. Há coordenadores em todos os hospitais.

- Equipes de Transplantes: responsáveis pelo transplante em si e o acompanhamento do paciente no pós-operatório.

Entretanto deve-se saber que todas essas esferas não atuam separadamente, ao contrário, uma está ligada à outra continuamente.

Deve-se destacar que a formação universitária dos médicos e enfermeiros se volta para o transplante tanto quanto para qualquer outro tipo de atendimento à saúde. Dessa forma, eles têm bastante participação nesse processo. Ou seja, os profissionais, envolvidos diretamente ou não com a doação, acreditam nela e nos seus parâmetros.

Outra ação importante recai sobre os médicos intensivistas, que recebem forte treinamento sobre a doação e transplante. Então, todos os doadores, ou quase, são detectados porque os profissionais estão envolvidos e acreditam no sistema.

Interessante falar igualmente que as equipes que, a priori, não têm ligação com o transplante também colaboram como, por exemplo, o serviço de urgência médica, correspondente ao SAMU brasileiro. Ou seja, a rede formada alcança todos os lugares, inclusive os hospitais particulares.

Além disso, se destaca que a Coordenação Autônomicas tem acesso ao número e causa de óbitos, podendo assim acompanhar o número de notificações e caso não esteja acontecendo averiguar o porquê.

As diretrizes para a doação são semelhantes às adotadas no Brasil, ou seja, há a notificação de um possível doador, a coordenação hospitalar aborda o familiar em relação a autorização. Contudo, como há uma organização, esse processo tende a ser rápido, em menos de 24 horas tudo está realizado.

Com tudo o que foi mencionado acima, vale frisar que o sistema de saúde espanhol é prioritariamente público e eficiente, onde todo cidadão tem pleno e satisfatório acesso.

Isso leva as pessoas a confiarem nele em todos os sentidos, uma vez que a grande maioria da população o usa.

Um aspecto muito importante se refere às leis, que vêm no sentido de posicionar a doação como um bem comum, um fator algo social que todos estão envolvidos e, portanto, devem contribuir.

Por último adiciona-se a todas as informações acima descritas, que na atualidade está se implantando com maior efetividade a doação em assistolia, onde se mantém a circulação extra corpórea, o que vem aumentar o número de potenciais doadores.

5.4.2 Aspectos Psicossociais

A Espanha trabalha muito com os aspectos sociais do processo de transplante, divulgando-o amplamente ao público geral.

Nesse sentido, destacamos que existem, anualmente, os jogos Nacionais de Transplantados demonstrando a qualidade de vida deles. Esse evento que está na sexta edição.

Sobre as campanhas, é interessante notar que quase não são feitas, e quando acontecem, a Coordenação Autônômica é quem as realiza para que sejam regionais e atingir um público em específico.

As pesquisas, embora com pouca participação da psicologia, são feitas em grande quantidade, abarcando sobretudo os aspectos psicossociais, como por exemplo, quais são os grupos mais resistentes à doação e o porquê. Assim, são traçadas estratégias para mudança de opinião. Importante destacar, também, que as pesquisas não se restringem apenas às universidades.

Observou-se que os meios de comunicação estão constantemente publicando algo sobre doação/transplante, mostrando o cotidiano de algum transplantado ou da equipe, por exemplo. Essas ações levam a mídia ter bastante influência em relação a este processo. A concepção para tal ação é que o tema deve ser receptivo para o público geral, o que faz com que a doação seja vista como algo bom, uma questão de saúde pública e parte integrante do sistema, pois é comum que os espanhóis conheçam alguém que necessitou de transplante e conseguiu. Assim, eles conseguem enxergar concretamente o resultado das ações e, principalmente, das doações de órgãos.

Um fator social a ser levado em consideração é a concepção social sobre a morte, visto que a sociedade espanhola a entende de outra forma que os brasileiros. Está mais

relacionada com o fim de um corpo biológico, sem muito apego a ele. Talvez uma explicação esteja na perda de espaço da religião, denotando um desapego à sacralidade corporal.

A abordagem familiar segue alguns padrões, mas os profissionais estão bem atentos a cada caso específico. Na entrevista se trabalha com a moral e com os aspectos psicológicos, como salvar vidas, ser generoso, ético socialmente, entre outros. Muito importante salientar, neste contexto, os resultados das entrevistas para solicitar a doação. Foi averiguado que 85% são positivas, ou seja, há o consentimento. Esse número pode chegar à quase totalidade, como em Barcelona, que tem uma taxa de 98% de aceite.

Também se faz necessário dizer que a família é acompanhada em todo o processo, e em alguns hospitais há programas voltados para lidar com o luto, onde há psicólogos incluídos, embora não sejam específicos das equipes de doação. Caso desejem, é enviada uma carta dizendo como os órgãos foram utilizados.

Para encerrar, mencionamos que embora a lei espanhola diga que todos são doadores presumíveis, ou seja, se você não declarar que não é doador, automaticamente o é. A família é sempre consultada para tomar a decisão final, e isso é sempre respeitado.

6. CONCLUSÕES

1. As razões de natureza psicológica determinante para a autorização seria salvar vidas. Os fatores secundários seriam o respeito à vontade do ser falecido, cumprir dever religioso e uma provável recompensa.
2. As condições mais frequentes que têm influenciado na realização do ato de doação foram: ter idade acima dos 40 anos, parentesco consanguíneo, ser casado e com filhos, ter nível menor de escolaridade.
3. As motivações de recusa para autorizar a doação são: ideologias religiosas radicais, dúvidas sobre o conceito da morte encefálica, medo de mutilação do corpo, receio sobre o procedimento técnico incorreto e a possibilidade do tráfico indevido dos órgãos. Na sua maioria, a população pesquisada se mostra favorável a doar os órgãos.
4. As motivações para doar ou não doar podem ser satisfatoriamente interpretadas pela teoria da Psicanálise, que entende o corpo atravessado pela linguagem, no processo de identificação com o outro.
5. As principais características sociais das pessoas potencialmente envolvidas na decisão positiva sobre doar: maior idade, nível de escolaridade mais elevado, renda familiar média e alta, profissão ligada à saúde e religiosidade mais pronunciada.
6. A composição das equipes envolvidas, em todos os casos, correspondeu às exigências da legislação, respeitando, sobretudo, a dor do familiar. Os conflitos são inexistentes, devido a inexistência de contatos permanentes entre os membros do grupo.
7. No Brasil, para promover de doações são imprescindíveis, políticas públicas abrangentes, ao exemplo da Espanha.
8. O papel da psicologia no país ibérico citado acima, o que tange ao processo de doação e transplante ainda é muito incipiente.
9. Não está previsto legalmente o profissional de psicologia inserido no processo de transplante de órgãos. Este estudo mostra a necessidade de integrar o psicólogo neste rol para dar suporte emocional aos envolvidos.
10. O conhecimento, em relação ao transplante de órgãos, na população estudada, é ainda relativamente escasso.

SUGESTÕES

- Mais pesquisas necessitam ser implementadas em relação aos aspectos psicológicos da doação e do transplante de órgãos, sobretudo para compreender porquê da distância entre o desejo de ser doador e a efetivação deste ato;
- A implementação do acesso das OPOs aos hospitais particulares é ainda demorada. Portanto os trâmites devem ser simplificados e acelerados.
- A formação dos profissionais de saúde precisa abarcar o tema da doação/transplante de forma mais contundente, a exemplo da Espanha;
- Campanhas e ações de conscientização e sensibilização devem ser contínuas e regionalizadas;
- O feedback com as famílias de doadores é imprescindível;
- A necessidade de haver psicólogo durante o processo, tanto na captação, quanto no acompanhamento aos familiares é fundamental.

REFERÊNCIAS

Ali N, Qureshi A, Jilani B, Zehra N. Knowledge and ethical perception regarding organ donation among medical students. *BMC MedEthics [online]*. 2013, **14**(38). Disponível em:<http://www.biomedcentral.com/1472-6939/14/38>

Almeida EC. Doação de órgãos e visão da família sobre a atuação dos profissionais neste processo: uma revisão sistemática de literatura. Ribeirão Preto. Dissertação. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2011

Almeida, KC *et alii*. Doação de Órgãos e Bioética: construindo uma interface. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF) 2003; 56(1): 18-23.

Arcanjo RA, Oliveira LC, Silva DD. Reflexões sobre a comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. *Rev. Bioet.* 2013; 21(1): 119-125

Avilés L, Rivera SM, Catoni MIS. Donar, un cambio de vida: comprender la experiencia de familiares que aceptaron la donación de órganos. *Rev Med Chile* 2014; 142: 702-706

Bendassolli PF. Do lugar do corpo ao não-lugar da doação de órgãos. *Psicol-ReflexCrit.* 2000; 13 (1): 143-157.

Bittencourt ALP, Quintana AM, Velho MTA. A perda do filho: luto e doação de órgãos. *Estud Psicol.* 2011; 28(4): 435-442

Blanca MJ, Rando B, Frutos MA, López-Montiel G. Perfil psicológico de potenciales donantes y no donantes de órganos. *Psicothema.* 2007. 19(3):440-445.

Bouso RS. O Processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: Uma Teoria Substantiva. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(1): 45-54.

Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria no 10.221 de 23 de março de 2001. Remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento

[online]. Brasília, 2001 [acesso 21/12/2013]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/portaria/lei10211.htm>

Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria 1.752 de 23 de Setembro de 2005. constituição de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), [online]. Brasília, 2005 [acesso 22/Set/2014]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/972-sas-raiz/dahu-raiz/transplantes-raiz/snt-2/snt-2-linha-2/21299-cihdott>

Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria 2.600 de 21 de Outubro de 2009. Constituição do Sistema Nacional de Transplantes, [online]. Brasília, 2009 [acesso 22/Set/2014]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/366-sas-raiz/dahu-raiz/transplantes-raiz/transplantes/21723-portaria-ms-2600-cnt>

Carbonel, N. Corpo da Criança. *In* Escola Brasileira de Psicanálise. Scilicet: O Corpo falante – sobre o inconsciente no século XXI. São Paulo: EBP, 2016. P. 70-72

Carrasco RG. Donación de Órganos: Comprensión y Significado. Tesis. Santiago de Chile. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Escuela de Sociología; 2005.

Cinque VM, Bianchi ERF. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Ver Esc Enferm USP*. 2010; 44(4): 996-1002.

Coelho JCU, Cilião C, Parolin MB, Freitas ACT, Gama Filho ÓP *et alii*. Opinião e conhecimento da população da cidade de Curitiba sobre doação e transplante de órgãos. *RevAssocMed Bras*. 2007; 53 (5): 421-425.

Conesa C, Ríos A, Ramírez P, Canteras M, Rodríguez MM *et alii*. Estudiomultivariante de losfactorespsicosociales que influyen em la actitud poblacional hacia la donación de órganos. *Nefrologia*. 2005;25(6) 684-697.

Dalbem GG, Caregnato RCA. Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. *Texto Contexto Enferm.* 2010; 19 (4): 728-735.

Davidai S, Gilovich T, Ross LD. The meaning of default options for potencial organs donors. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2012;109(38): 15201–15205.

Doggenweiler I, Guic E. Determinantes psicosociales de la intención de donación de órganos em una muestra chilena. *Rev Med Chile.* 2014; 142: 27-33

Duek R. El cuerpo antes y después de un trasplante de órgano. Una mirada psicoanalítica. *Psicoanalisi.* 2010; 32(2): 255-278

Espanha. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Igualdad. Ley 30/1979. Extracción y Trasplante de Órganos. Madrid, 1979. Disponível em: http://www.ont.es/infesp/Legislacin/LEY_EXTRACCION_TRASPLANTE_ORGANO_S.pdf

Falcones Marcelo L; Soler GH, Garcés DE. Estudio de la experiencia emocional en la donación de órganos. [Online]. 2011; 15:18. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10401/4069>

Fernandes, Marli E N; Bittencourt, Zélia Z L C; Boin, Ilka F S F. Experimentando la donación de órganos: sentimientos de pos consentimiento de su familia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015;23(5):895-901

Freud S. O Narcisismo: Uma Introdução. Edição Standard Brasileira das Obras Completas, Rio de Janeiro, Imago. (1914/1996). v.XIV

Freud S. O inconsciente. Edição Standard Brasileira das Obras Completas, Rio de Janeiro, Imago. (1915b/1996). v.XIV

Freud S. Além do Princípio do Prazer. Edição Standard Brasileira das Obras Completas, Rio de Janeiro, Imago. (1920/1996). v.XVIII

García Y, Cárdenas A. Bioética, Trasplante de Órganos y Derecho Penal en Colombia. *Prolegómenos - Derechos y Valores*. 2011; 14 (28): 45 - 559

Garrafa V. Respostas Éticas ao Mercado de Órgãos Humanos: Doações, Pesquisa e Prevenção *in* Pessini. Léo; Barchifontaine, Christian; (org). *Fundamentos da Bioética*. Paulus, São Paulo: 1996. pp 206 – 228.

Giordano S. Is the body a republic? *J Med Ethics*. 2005; 31:470–475.

Gonzalez EC. El cuerpo en la donación y trasplante de órganos. Aspectos psíquicos y éticos. 2009; [online] Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/14690064/Aspectos-psiquicos-en-la-donacion-de-organos-Eleazar-Correa-Gonzalez#scribd>

Holman A. Psychosocial Determinants of Organ Donation Intentions and their Relevance for Public Campaigns. *Postmod Open*. 2013; 4(1): 9-27.

Irving, MJ *et alii*. Factors that influence the decision to be an organ donor: a systematic review of the qualitative literature. *Nephrol Dial Transplant*. 2012; 27: 2526–2533

Knihs NS, Schirmer J, Roza BA. Adaptación del modelo español de gestión de trasplante para la mejora en la negativa familiar y mantenimiento del donante potencial. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(spe): 59-65.

Kosieradzki M *et alii*. Attitude of Healthcare Professionals: A Major Limiting Factor in Organ Donation from Brain-Dead Donors. *J Transplant*. 2014; [online]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4198775>

Kübler-Ross E. *Sobre a Morte e o Morrer*. Tradução de Paulo Menezes. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

Lacan, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., (1966/1998).

Lacan, J. *O Seminário, Livro 2* carbo3: *O Sinthoma*. Trad. Sérgio Laia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, (1975/2007).

Lesieur *et alii*. Eligibility of patients withheld or withdrawn from life-sustaining treatment to organ donation after circulatory arrest death: epidemiological feasibility study in a French Intensive Care Unit. *Ann Intensiv Care* [online]. 2013; 36(3). Disponível em: <http://www.annalsofintensivecare.com/content/3/1/36>.

Lima EDRP, Magalhães MB, Nakamae DD. Aspectos ético-legais da retirada e transplantes de tecidos, órgãos e partes do corpo humano. *Ver Lat-Am Enferm*. 1997;5 (4): 5-12.

Manzari, ZS. *et alii*. Exploring the Needs and Perceptions of Iranian Families Faced with Brain Death News and Request to Donate Organ: A Qualitative Study. *Int J Org Transplant Med*. 2012; Vol. 3 (2)92-100

Martínez JSL, López MJM, Scandroglio B; García JMM. Family Perception of the Process of Organ Donation. Qualitative Psychosocial Analysis of the Subjective Interpretation of Donor and Nondonor Families. *Span J Psychol*. 2008; 11 (1): 125-136.

Martins CM, Cosmo M. A Centralidade da Família no Processo de Doação de Órgãos e Tecidos. *JBT J Bras Transpl*. 2009; 12:1169-1208

Miller, J-A. O Inconsciente e o corpo falante. *In Escola Brasileira de Psicanálise. Scilicet: O Corpo falante – sobre o inconsciente no século XXI*. São Paulo: EBP, 2016. Pp 19-32.

Mithra [R](#), [Ravindra P](#), [Unnikrishnan B](#), [Rekha T](#), [Kanchan T](#) *et alii*. Perceptions and Attitudes Towards Organ Donation Among People Seeking Healthcare in Tertiary Care Centers of Coastal South India. *Ind Jour Pal Care*. 2013; 19 (2): 83-87.

Moloney, G, Walker I. Talking about transplants: Social representations and the dialectical, dilemmatic nature of organ donation and transplantation. *Brit J Soc Psychol*. 2002; 41: 299–320

Moorlock G, *et alii*. Altruism in organ donation: an unnecessary requirement? *J Med Ethics*. 2014; 40:134–138.

Moraes EL, Massarollo, MCKB. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(2):131-5.

Moraes EL, Santos MJ, Merighi MAB, Massarollo MCKB. Experience of nurses in the process of donation of organs and tissues for transplant. *Rev. Lat-Am. Enfermagem*. 2014; 22 (2):226-33

Moraes EL, Silva LBB, Moraes TC, Paixão NCS, Izumi NM *et alii*. O Perfil de Potenciais Doadores de Órgãos e Tecidos. *RevLat-Am Enferm*. 2009; 17 (5):716-720

Moraes MW, Gallani MCBJ, Meneghin P. Crenças que influenciam adolescentes na doação de órgãos. *Ver Esc Enferm USP*. 2006; 40(4):484-92

Moritiz RD. A morte e o morrer nas Unidades de Terapia Intensiva pp 68-77. in AMIB. *Medicina Intensiva*.Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

Nair-Collins M, Green SR, Sutin, AR. Abandoning the dead donor rule? A national survey of public views on death and organ donation. *J Med Ethics*. 2015;41:297–302

Noronha MGO, Seter, GB, Perini LD, Salles FMO, Nogara MAS. Estudo do perfil dos doadores elegíveis de órgãos e tecidos e motivos da não doação no Hospital Santa Isabel em Blumenau, SC. *Rev AMRIGS*. 2012; 56 (3): 199-203

Pessoa JLE, Schirmer J, Roza BA. Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26 (4):323-30.

Pfeiffer ML. El Trasplante De Órganos: Valores Y Derechos Humanos. *Pers Bio*. 2006; 10(2):8- 25

Quintana AM, Arpini DM. Doação De Órgãos: Possíveis Elementos de Resistência e Aceitação. *Bol Psi* 2009; 130(1): 91-102.

Ralph A *et alii*. Family Perspectives on Deceased Organ Donation: Thematic Synthesis of Qualitative Studies. *American Journal of Transplantation*. 2014; 14: 923–935.

Randhawa G. Death and organ donation: meeting the needs of multiethnic and multifaith populations. [Br J Anaesth](#). 2012;108(Suppl 1):88-91.

Rech T, Rodrigues Filho EM. Entrevista familiar e consentimento. *Ver Bras Ter Inten*. 2007; 19(1): 85-89.

Ríos A, *et alii*. Actitud de los profesionales hospitalarios no sanitarios españoles y latino-americanos hacia la donación de hígado de vivo. *Gastro*. 2012: 1-9

Ríos A, López-Navas A, Ayala-García MA, Sebastián MJ, Abdo-Cuza A *et alii*. Attitudes of non-medical staff in hospitals in Spain, Mexico, Cuba and Costa Rica towards organ donation. [Nefrologia](#). 2013; 33(5):699-708.

Robey TE, Marcolini EG. Addressing. Organ Donation After Acute Brain Death: Limitations of Time and Resources in the Emergency Department. *Yale J Biol Med*. 2013; 86(3): 333–342.

Sadala MLA. A experiência de doar órgãos na visão de familiares de doadores. *J Bras Nefrol*. 2001;23(3):143-51

San Gregorio, MAP. Ética e Psicologia em el Ámbito de las Donaciones y Trasplantes de Órganos. *Revista de Psicologia*. 24. (20) 2002.

Santos MJ, Massarollo MCKB. Fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(4):472-8.

Setta SM, Shemie SD. An explanation and analysis of how world religions formulate their ethical decisions on withdrawing treatment and determining death. *Philos Ethic Human Med*. 2015;10(6) [online]. Disponível em: <http://www.peh-med.com/content/10/1/6>

Shemie, SD. Parada cerebral, parada cardíaca e incertezas na definição de morte. *J. Pediat*. 2007; 83 (2): 102-104

Salim A, *et alii*. A Focused Educational Program after Religious Services to Improve Organ Donation in Hispanic Americans. *Clin Transplant*. 2013; 26(6): 634–640

Siddiqui OT *et alii*. Deceased-Donor Organ Transplantation: Knowledge and Attitudes Among Health Care Professionals Managing Critically Ill Patients in Karachi. [Exp Clin Transplant](#). 2012; 10(6):544-50

Stadlbauer V, Steiner P, Schweiger Martin, Sereinigg M, Karl-Heinz T, Wolfgang F *et alii*. Knowledge and attitude of ICU nurses, students and patients towards the Austrian organ donation law. *BMC Med Ethics [online]*. 2013; **14** (32). Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/14/32>

Steiner P. A doação de órgãos: a lei, o mercado e as famílias. *Tempo Soc*. 2004; 16(2): 101-128.

Torres WC. A Bioética e a Psicologia da Saúde: Reflexões sobre Questões de Vida e Morte. *Psicol-Reflex Crit*. 2003; 16(3): 475-482

Vargas MA, Ramos FRS. A morte cerebral como o presente para a vida: explorando práticas culturais contemporâneas. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(1): 137-145.

Velasco, Leonardo B. Anatomia é O Destino? Estudos Sobre O Corpo Em Psicanálise. Dissertação. Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ; 2013

Vélez E. Donación de órganos, una perspectiva antropológica. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2007; 10 (3):179-185

Viana, DA. Figurações da Corporeidade: Por uma concepção psicanalítica de corpo pelas bordas da pulsão. Dissertação. Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro– UFRJ; 2004.

Wen-zhao X, Qi-fa, YE, Wei L, Ming-jie S, Qi-quan W *et alii*. Differences in willingness to donate cadaveric organ between young donor families and adult donor

families: evidence from the Hunan Province, China. Chin Med J
(Engl). 2013;126(15):2830-3.

APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Conforme Preconiza a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012-
CNS/CONEP

QUESTÕES PSICOSSOCIAIS DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

Você esta sendo convidado a participar de uma pesquisa. Não se apresse em tomar a decisão de aceitar ou não. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo, doutorando Roberson Geovani Casarin, qualquer dúvida que você tiver.

A finalidade deste estudo é Conhecer as questões psicossociais inerentes ao Transplante de órgãos. Participam todas as pessoas envolvidas no processo de transplante além do público geral.

Poderão participar deste estudo pessoas em geral todos maiores de 18 anos.

Não poderão participar deste estudo aqueles que não desejarem, não se sentirem à vontade para participar, por qualquer motivo e pessoas que não atendam a critérios técnicos estipulados pelo pesquisador.

Você deve responder às perguntas de um questionário que será guardado em sigilo. Será respondido em uma única vez, sem tempo limite.

Você poderá experimentar constrangimento ao responder algumas perguntas. Caso se sinta desconfortável diante de uma pergunta, você não precisa respondê-la, caso queira, você terá auxílio psicológico dado pelo pesquisador.

Você será notificado dos aspectos mais importantes do estudo que você participou, não sendo individual, mas coletivo.

Para perguntas ou problemas referente ao estudo ligue para o pesquisador Roberson G. Casarin (67-9310 6885). Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (067) 3345 7187.

Assinatura Pesquisador

Assinatura participante

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
QUESTÕES PSICOSSOCIAIS DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

Para a realização dessa pesquisa foi necessária a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS).

Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Se você desistir do estudo, não será proibido de participar de novos estudos.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Assinatura do Participante _____.

Data _____

Assinatura do pesquisador _____

Data _____

APÊNDICE B – Questionário aplicado ao público geral

1. Sexo: _____
2. Idade: _____
3. Grau de Escolaridade: _____
4. Ocupação: _____
5. Renda Familiar (Some todos os rendimentos dos membros da família)
 Até R\$ 1.580,00
 Entre 1.581,00 e R\$ 3.175,00
 Entre R\$ 3.176,00 e R\$ 7.880,00
 Entre R\$ 7.881,00 e R\$ 11.800,00
 Mais R\$ 11.800,00
6. Quantas pessoas vivem dessa renda? _____

7. A que crença você pertence?
 Católica
 Evangélica
 Espírita
 Budista
 Islâmica
 Nenhuma
 Outra _____

8. O que você sabe sobre doação de órgãos?

9. Ocorre que as pessoas se recusam a doar órgãos. Porque?
Marque até TRÊS opções, entre as disponíveis:
 Preocupação do doador não estar realmente morto
 Receio dos órgãos serem comercializados
 Desrespeito ao corpo humano
 Crença religiosa
 Falta de entendimento
 Preocupação de beneficiar alguém desmerecido

Outro _____

10. Acredita que exista corrupção na destinação dos órgãos doados?
 Sim Não

11. Alguma vez a doação de órgãos foi discutida em sua casa?
() Sim () Não

12. Quais são os motivos de doação de órgãos?

(Marque quantas achar necessária)

() Salvar uma vida

() Garantir que o doador será retribuído da mesma forma

() Cumprir dever religioso

() Outro _____

13. Qual o órgão mais valioso para ser doado?

Porque?

14. No caso que seu parente faleça, você autorizaria a doação de órgãos?

() Sim () Não

Porque?

15. O que deveria ser feito para aumentar o número de doações?

(Marque quantas repostas achar necessárias)

() Divulgação na mídia

() Maior participação por parte do governo

() Campanhas nas escolas

() Campanhas nas ruas e praças

() Outro _____

16. Você permitiria que seus órgãos fossem transplantados?

() Sim () Não

Porque?

APÊNDICE C – Formulário semi-estruturado para entrevista com familiares

FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA COM FAMILIAR:

1. Sexo:
2. Idade:
3. Grau de Escolaridade:
4. Estado Civil_____
5. Filhos ()S_____ ()N
6. Qual o grau de parentesco com o doador?
7. Há quanto tempo foi feita a doação?
8. Como foi a abordagem?
9. O que levou a autorizar a doação?
10. Houve receio para a autorização?
11. Você tem alguma religião/crença? Se sim, qual?
12. Depois do falecimento do seu parente, você precisou de algum tipo de apoio?
13. Houve alguma dificuldade para a doação? Se sim, qual?
14. Como você avaliaria todo o processo?
15. Idade do Doador

APÊNDICE D – Formulário semi-estruturado para entrevista com equipe

FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA COM EQUIPE:

1. Sexo:
2. Idade:
3. Grau de Escolaridade:
4. Profissão: _____
5. Cursos Posteriores _____
6. Estado Civil _____
7. Filhos ()S_____ ()N

8. Há quanto tempo trabalha nesse setor?
9. Qual é o seu serviço?
10. Quem são seus colegas de trabalho?
11. Qual a maior dificuldade do seu trabalho?
12. O que te dá mais prazer no trabalho?
13. No seu entendimento, o que é a morte?
14. Você necessita de apoio moral para trabalhar? Se sim, qual?
15. Quais são os tipos de transplante que são realizados aqui? (NO CASO DA CIHDOTT)
16. Desses, qual(is) é o mais complicado? Em que aspecto? (NO CASO DA CIHDOTT)
17. Em geral, como é a reação da família ao ser abordada?
18. Como é feita a abordagem à família?
19. O tempo de serviço influenciou no atendimento que você presta?
20. Você é doador

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUESTÕES PSICOSSOCIAIS DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

Pesquisador: Roberson Geovani Casarin

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36394014.9.0000.0021

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 855.643

Data da Relatoria: 02/11/2014

Apresentação do Projeto:

Roberson Geovani Casarin. Psicólogo. Pesquisa divide em três partes: 1) Familiares de doadores entre os anos de 2009 a 2013; 2) Profissionais que compõem a CIHDOTT (Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes), da Santa Casa de Campo Grande e Equipe da OPO (Organização para Procura de Órgãos) do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul. 3) Público em geral que não teve envolvimento algum com transplante. Essa pesquisa tem caráter prospectivo sobre a equipe e o público em geral e retrospectivo no que tange à família. Participarão do estudo: 10 familiares; 20 profissionais; e 100 pessoas do público geral.

A coleta de dados seguirá as etapas: a) Pesquisa com Familiares: A CET/MS entrará em contato com familiares de pacientes que autorizaram a doação entre 2009 a 2013. Depois desse passo, entre os que concordarem, serão selecionados, de forma randomizada, 10, para as entrevistas com formulário semiestruturado e gravada. B) Serão entrevistados todos os profissionais que compõem a equipe da CIHDOTT (Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes) da Santa Casa de Campo Grande e todos os componentes da equipe da OPO (Organização para Procura de Órgãos) do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul através de formulário semiestruturado. c) Pesquisa com o público geral (100) através de questionário padronizado, serão pesquisados 25 sujeitos de cada região da cidade de Campo Grande, a saber: Norte, Sul, Oeste e Leste.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 855.643

Critério de Exclusão:

- Familiares de doadores fora dos anos estabelecidos;- Todos aqueles que não concordarem ou desejarem participar e/ou os que não assinarem o TCLE.- Em se tratando do público em geral, pessoas que tiveram algum envolvimento direto com doação de órgão, seja como profissional, doador, receptor ou familiar de algum desses.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Conhecer as questões psicossociais inerentes ao transplante de órgãos;

Objetivo Secundário:

- conhecer as variáveis sociais envolvidas no processo de doação de órgãos;- entender quais são os fatores psicológicos determinantes para ser doador;- definir o perfil do doador; - caracterizar as equipes envolvidas;- definir quais são os possíveis motivos de recusa ao transplante;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos que a pesquisa envolve são mínimos, podendo o participante experimentar constrangimento ao responder algumas perguntas. No entanto, caso se sinta desconfortável ao responder as questões, ele terá auxílio psicológico dado pelo pesquisador.

Os benefícios esperados são conhecer aspectos que poderão ser utilizados para planejar de forma mais direcionada o processo de doação de órgãos. A equipe poderá conhecer quais são os pontos mais fortes e quais são os mais fracos do seu trabalho;- Entender quais são os maiores motivos de aceite e de negativa para a doação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresenta boa revisão de literatura. Projeto com relevância para compreender o processo de doação de órgãos. Atendeu as solicitações do parecer, esclareceu o local das entrevistas, garantiu a privacidade nas entrevistas, informou a guarda e destino do material coletado e caracterização dos participantes nos critérios de inclusão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto com autorização da Instituição Proponente, Carta de autorização da gerência de ensino e pesquisa da Santa Casa, Carta de autorização da Secretaria de Estado de Saúde, Carta de autorização da Diretoria de Ensino e Pesquisa do Hospital Regional de MS, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido adequado.

Recomendações:

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 855.643

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto atendeu as solicitações e o parecer é pela aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPO GRANDE, 03 de Novembro de 2014

Assinado por:
Edilson dos Reis
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

ANEXO B – Autorização Central Estadual de Transplante



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO
NA REGIÃO CENTRO-OESTE



Ofício nº 1/2014/PPGSD

Campo Grande, MS 24 de junho de 2014.

Ilmo Sr.

Antonio Lastória

Secretário Estadual de Saúde

Senhor Secretário

O Programa de Pós Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, criado pela Portaria nº 695/2006 – MEC, D.O.U. Nº 53 de 17 de março de 2006. Da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), vem através deste, solicitar a permissão para o pesquisador **Roberson Geovani Casarin**, possa coletar dados de sua Defesa de Tese “**Aspectos Psicossociais de transplantes de órgãos**”. Esta coleta se dará através do contato da (CET) Coordenadoria Estadual de Transplantes com as famílias de doadores. Esclarecemos ainda, que as famílias que aceitarem participar, serão entrevistadas pelo pesquisador responsável.

Esclarecemos também, que esta pesquisa é orientada pelo Prof. Dr. Petr Melnikov, e que todos os tramites legais que envolvem a pesquisa com Seres Humanos serão tomadas antes da coleta de dados.

Atenciosamente,

Ricardo Dutra Aydos
Coordenador do Programa

À
Secretaria Estadual de Saúde
Av. do Poeta, Parque dos Poderes
Campo Grande – MS.

AUTORIZO
Antonio Lastória
Ordenador de Despesas/SE/MS
Matrícula nº 9253653

A DAS (CET)
Antonio Lastória
Secretário de Estado de Saúde Intermunicipal
Matrícula: 9253653

A CET/CAE,
Por favor, para os enca-
minhamentos necessários. Grato

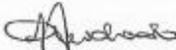
Secretaria de Estado de Saúde
Gab. do Sr. Cassio Ronaldo
Diretoria Geral de Atenção à Saúde / SE
Protocolo nº 277
Data: 07/07/14 às 09:05
Nome: Karina

Programa de Pós-Graduação Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste
Campus Universitário – Cidade Universitária.
S/nº Caixa Postal 549 – CEP: 79070-900-Campo Grande/MS-
E-mail: saudecoeste@nin.ufms

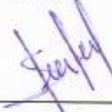
protocolo nº 173 CAE
08/07/14 Notificação

Diretoria Geral de Atenção à Saúde
Recebido **Phaís P.**
Data: 07/07/14 Hora: 16h30
Nº Protocolo: 640

ANEXO C – Autorização Hospital Regional

	GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE MS UNIDADES: HRMS	 FUNSAU <small>FUNDAÇÃO DE SAÚDE DE MS</small>
 AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA Nr. 31/2014 <p>A Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, declara estar informado da metodologia que será desenvolvida no projeto de pesquisa intitulado “QUESTÕES PSICOSSOCIAIS DO TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS”, trabalho desenvolvido por Roberson Geovani Casarin apresentado a título de doutorado no curso de pós graduação Saúde e Desenvolvimento da Região Centro Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.</p> <p>Ciente de que sua metodologia será desenvolvida conforme preconiza a resolução CNS 466 de 12 de Dezembro de 2012 e demais resoluções complementares. Autorizo a realização da pesquisa nesta instituição.</p> <p style="text-align: center;">Campo Grande, MS 19 de agosto de 2014.</p> <p style="text-align: center;"> Dr.ª Magali da Silva Sanches Machado Coordenadora da Comissão de Ética em Pesquisa Hospital Regional de Mato Grosso do Sul</p>		

ANEXO D – Autorização Santa Casa

 Associação Beneficente de Campo Grande - Mantenedora do Hospital de Caridade SANTA CASA Rua Eduardo Santos Pereira, 88 - CEP 79092-261 - Fone 3322-4000 - Campo Grande - MS	
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE CAMPO GRANDE Gerência de Ensino e Pesquisa	
Projeto: "Questões psicossociais do transplante de órgãos" Pesquisadores: Roberson Geovani Casarin e Petr Melnikov	
Parecer n.º 21/2014 Pedido de autorização para realização do projeto: (X) DEFERIDO () INDEFERIDO	
Pendências: Considerando: a) Obrigatoriedade de manter o sigilo absoluto das informações pessoais dos clientes, dos profissionais e da identificação deste hospital; b) A utilização de imagem deverá ser autorizada por esta gerência; c) Apresentar o trabalho escrito em sua versão final para apreciação e arquivo do hospital, sob condição de indeferimento de posteriores trabalhos;	
Campo Grande, 02 de julho de 2014.	
 _____ Gerência de Ensino e Pesquisa	