



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM HOSPITALAR - ÊNFASE EM
TRANSPLANTE

**Fatores de ordem familiar que dificultam
a doação de órgãos para transplante no Brasil**

VIVIANE COSTA SOARES

BELO HORIZONTE
2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM HOSPITALAR - ÊNFASE EM
TRANSPLANTE

Fatores de ordem familiar que dificultam a doação de órgãos para transplante no Brasil

VIVIANE COSTA SOARES

Monografia apresentada a Escola De Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar em Transplante, para obtenção do título de Especialista em Transplante
Orientadora: Professora Doutora Miguir Terezinha Viccelli Donoso

BELO HORIZONTE
2012

Soares, Viviane Costa Soares.

S676f Fatores de ordem familiar que dificultam a doação de
órgãos para
transplante no Brasil [manuscrito]. / Viviane Costa Soares. –
Belo

Horizonte: 2012.

45f.

Orientadora: Miguir Terezinha Viccelli Donoso.
Monografia apresentada a Escola De Enfermagem da
Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das
exigências do Curso de Especialização em Enfermagem
Hospitalar em Transplante, para obtenção do título de

RESUMO

Embora a literatura médica contemporânea limite a história dos transplantes aos últimos 40 anos, existem relatos desde a mitologia até as avançadas técnicas dos dias atuais. O que se pode afirmar é que, a história dos transplantes é uma história de barreiras e como elas foram vencidas até hoje. Diante do avanço da medicina, relacionada ao procedimento de transplante de órgãos, surgiu a necessidade de se produzir protocolos e leis em todo o mundo que tivessem como objetivo validar e regularizar a terapia de transplantes de órgãos, além de garantir o diagnóstico preciso de morte encefálica. De acordo com a legislação vigente no Brasil, para que a doação de órgãos se concretize é primordial e indispensável, o diagnóstico da morte encefálica e a autorização da família da retirada dos órgãos do seu ente para fins de transplante. Sabe-se que o Brasil é o país que possui o maior sistema público de transplante do mundo. Em números ele perde principalmente para os Estados Unidos. Entretanto, considerando-se o contexto da doação de órgãos no Brasil, cabe-se ressaltar que a recusa familiar tem sido a principal causa para a não captação de órgãos de potenciais doadores, o que se considera o problema dessa pesquisa. Desse problema, surgiu a seguinte pergunta norteadora: “Quais os principais fatores de ordem familiar que dificultam a doação de órgãos para transplante no Brasil”? Sendo assim, este trabalho tem como objetivo identificar os fatores que levam à recusa ou à dificuldade de doação de órgãos por parte das famílias de pacientes com diagnóstico de morte encefálica. O referencial teórico utilizado neste trabalho é a Prática Baseada em Evidências. Dada à subjetividade do tema, optou-se por buscar pesquisas qualitativas, uma vez que essas tratam dos significados dos sujeitos. Dessa forma, utilizou-se como referencial metodológico a metassíntese. O transplante de órgãos e o processo de doação de órgãos se entremeiam a questões muito delicadas que é o processo de morte e luto. As formas como as pessoas se comportam diante do falecimento de um familiar ou amigo estão relacionadas ao vínculo, crenças e religião. Ao se conscientizar disso, a equipe de saúde deve estabelecer estratégias de aproximação que podem facilitar a autorização para a doação de órgãos.

Palavras chave: transplante de órgãos; família; doação dirigida de tecido; morte encefálica; obtenção de tecidos e órgãos

ABSTRACT

Although contemporary medical literature limit the history of transplants to last 40 years, there are reports from mythology to advanced techniques of today. What we can say is that the story is a story of transplants barriers and how they were won today. Given the advancement of medicine, related to procedure of organ transplantation, the need arose to produce protocols and laws around the world that have as an objective to validate and regulate therapy for organ transplants, and ensure the accurate diagnosis of brain death . According to the current legislation in Brazil, that organ donation to take place is paramount and indispensable, the diagnosis of brain death and the family's permission to remove the organs of their loved for transplantation. It is known that Brazil is the country that has the largest public system in the world of transplantation. In figures he loses mainly to the United States. However, considering the context of organ donation in Brazil, it is worth mentioning that the family refusal has been the main cause for not harvesting of organs from potential donors, which considers the problem of this research. This problem arose the following guiding question: "What are the main factors of a family that hinder organ donation for transplantation in Brazil"? Therefore, this study aims to identify the factors that lead to the refusal or difficulty of organ donation by families of patients diagnosed with brain death. The theoretical framework used in this work is the Evidence-Based Practice. Given the subjectivity of the subject, it was decided to pursue qualitative research, since these deal with the meanings of the subject. Thus, it was used as a methodological reference metasynthesis. Organ transplantation and organ donation process intertwine the very sensitive issues which is the process of death and mourning. The ways people behave before the death of a family member or friend are related to the bond, beliefs and religion. By becoming aware of this, the healthcare team must establish approximation strategies that can facilitate authorization for organ donation.

Keywords: organ transplants, family, directed tissue donation, brain death; obtaining tissues and organs

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
2 OBJETIVO.....	09
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	15
4.1 Referencial Teórico.....	15
4.2 Referencial metodológico.....	16
4.3 Critérios de exclusão e inclusão.....	16
4.4 Estratégia de busca.....	17
4.5 População e amostra.....	21
4.6 Variáveis de estudo.....	21
4.7 Instrumento de coleta de dados.....	21
6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	23
7 DISCUSSÃO.....	34
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
Referências dos artigos que compuseram a metassíntese.....	40
Referências.....	41
Apêndice.....	45

1 INTRODUÇÃO

Transplante é a transferência de órgãos, tecidos ou células de um indivíduo vivo ou falecido para o outro (BAGGIO, 2009).

Os primeiros relatos de transplantes na medicina moderna surgiram há aproximadamente duzentos anos, onde foram realizados os primeiros enxertos de pele. Somente durante a década de 1930 é que foram realizadas as primeiras tentativas de transplante renal, que inicialmente tinham pouca viabilidade e em poucos dias ocorria a perda do implante (BAGGIO, 2009).

A intensificação das pesquisas acerca de transplante de órgãos como possibilidade terapêutica ganhou força a partir da definição de morte encefálica (ME), em 1959, e com a descoberta de drogas imunossupressoras em 1961 (BAGGIO, 2009). Além delas, outros avanços como o aprimoramento da técnica cirúrgica, métodos mais eficazes de conservação de órgãos, aperfeiçoamento de técnicas de antisepsia, descoberta da histocompatibilidade, manutenção do potencial doador e da saúde do receptor e melhor compreensão e controle dos fenômenos imunológicos permitiram que o transplante de órgãos se afirmasse como um procedimento terapêutico bem estabelecido (CINTRA, SANNA, 2005).

Segundo Baggio (2009), no Brasil, os primeiros transplantes realizados foram os de rim, que ocorreram somente na década de 1960. Hoje no país é realizado, além do transplante de rim, o transplante de coração, pulmão, fígado, pâncreas, córnea, osso e medula óssea (ABTO, 2011).

Diante desta nova situação vivenciada pela sociedade, surgiu a necessidade de se produzir protocolos e leis em todo o mundo que tivessem como objetivo validar e regularizar a terapia de transplantes de órgãos, além de garantir o diagnóstico preciso de morte encefálica. Hoje no Brasil, os transplantes são normatizados pela lei 9.434 de 1997, que sofreu algumas modificações ao longo dos anos, e também pelo Decreto 1.480 de 1997, publicado pelo Conselho Federal de Medicina, que constitui base médica legal para normatizar o diagnóstico de ME (MORATO, 2009).

De acordo com a legislação vigente no país, para que a doação de órgãos se concretize é primordial e indispensável, o diagnóstico da morte encefálica. Posteriormente a equipe transplantadora deverá solicitar à família a autorização da retirada dos órgãos do seu ente para fins de transplante. Neste momento,

profissionais envolvidos no processo enfrentam situações que envolvem conceitos que vão muito além do viver e do morrer. Questiona-se a eficácia do diagnóstico de morte encefálica nos aspectos religiosos, morais e culturais em torno de tal situação.

Atualmente, existe no país o Sistema Nacional de Transplante (SNT) que é formado por unidades executivas, as chamadas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), que foram criadas a partir da lei 9.343. Elas têm o objetivo de regular em âmbito estadual as etapas da doação além de promover a inscrição de potenciais receptores, comunicar ao SNT a inscrição dos receptores para organização da lista única nacional e receber notificações de ME ocorrida em sua área de atuação (FERNANDES, GARCIA, 2010).

É fato que o fenômeno do transplante tornou-se uma opção de excelência no tratamento da falência terminal de órgãos. Porém, essa opção tornou-se vítima de seu próprio sucesso à medida que o número de pacientes aguardando transplantes excedeu e muito a disponibilidade de órgãos para a doação, o que tem como consequência crescentes mortalidades na fila de espera (D'IMPERIO, 2006).

Estudos recentes revelam que o número de transplantes realizados no Brasil é ainda tímido e não consegue atender a demanda necessária (MORATO, 2009). Apesar do avanço das técnicas relacionadas ao transplante, a falta de órgãos humanos é o principal fator que limita o aumento do transplante no Brasil (MORAIS et al, 2004). Ainda assim, de acordo com a Transplantation Society of Latin American and Caribbean (2011), o Brasil é o país que possui o maior programa de transplantes da América Latina e também foi o país que mais realizou este procedimento nos últimos 10 anos. Também de acordo com o Sistema Nacional de Transplantes, o Brasil é o segundo país no ranking mundial dos transplantes, perdendo apenas para os Estados Unidos. Dados do SNT revelam que no Brasil foram realizados em 2008 18,9 mil transplantes contra 23,2 mil realizados nos Estados Unidos. Grande parte dos procedimentos norte americanos é realizada em hospitais e clínicas particulares. Este fato torna o Brasil o país que mais realiza transplantes através da rede pública de saúde.

Bittencourt, Quintana, Velho (2011), atribuem essa situação de indisponibilidade de órgãos para transplantes a diversos fatores, sejam eles culturais, religiosos ou de desconhecimento do processo de transplante na sua íntegra. Segundo Dell Agnolo *et. al.* (2009) há uma grande dificuldade das famílias que vivenciam o processo de morte encefálica a permitir a doação de órgãos e

tecidos. Dalbem, Caregnato (2010) afirmam que pesquisas recentes apontam como problema grave, que impede o maior crescimento dos transplantes, a recusa dos familiares de potenciais doadores para a doação de órgãos e tecidos. Ainda de acordo com Roza *et. al.* (2010), a recusa familiar na doação de órgãos continua sendo um dos fatores determinantes dos baixos números de doações e, por conseguinte, de transplantes de órgãos em todo o Brasil, o que se considera o problema dessa pesquisa. Desse problema, surgiu a seguinte pergunta norteadora: “Quais os principais fatores de ordem familiar que dificultam a doação de órgãos para transplante no Brasil”?

Sendo assim, este trabalho tem como objetivo identificar os fatores que levam à recusa ou à dificuldade de doação de órgãos por parte das famílias de pacientes com diagnóstico de morte encefálica.

2 OBJETIVO

Identificar os fatores que levam à recusa ou à dificuldade de doação de órgãos por parte das famílias de pacientes com diagnóstico de morte encefálica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Embora a literatura médica contemporânea limite a história dos transplantes aos últimos 40 anos, existem relatos desde a mitologia até as avançadas técnicas dos dias atuais. O que se pode afirmar é que, a história dos transplantes é uma história de barreiras e como elas foram vencidas até hoje (BAGGIO, 2009).

São conhecidos quatro tipos de transplantes: auto-transplante, que é transferência no mesmo indivíduo; isoenxerto, que é a transferência entre gêmeos idênticos; aloenxerto, transferência entre mesma espécie e por último os xenotransplantes, que são transferências entre espécies diferentes (BAGGIO, 2009).

Os primeiros transplantes realizados no século XIX, eram em sua maioria auto-transplantes ou xenotransplantes. Somente no início do século XX é que o aloenxerto ficou reconhecido como um dos tipos de transplantes mais eficazes (BAGGIO, 2009).

A possibilidade de transplantar órgãos entre indivíduos da mesma espécie surgiu inicialmente com órgãos que eram retirados de doadores vivos, pois ainda não existia a hipótese de utilizar órgãos de doadores falecidos. Essa situação se deve ao fato de que durante grande parte do processo evolutivo da humanidade, a morte era definida como a cessação das funções cardiopulmonares, o que tornava o coração o centro de todos os mecanismos fisiológicos do corpo (MORATO, 2009).

Atualmente, o conhecimento da fisiopatologia assegura que a morte somente pode ser determinada quando há lesão irremediável do encéfalo, uma vez que, é ele que possui estruturas e produz substâncias responsáveis por mediar todas as atividades dos demais órgãos do corpo humano. Logicamente, a cessação irreversível da atividade encefálica determina a morte humana, e esta é chamada de morte encefálica (ME) (MORATO, 2009).

Essa descoberta, associada à evolução das práticas médicas intensivas proporcionaram grande progresso para a terapia de transplante de órgãos. Elas possibilitaram que os órgãos do potencial doador permanecessem viáveis para o transplante, tornando possível a utilização de órgãos únicos como o coração, fígado e pulmão provenientes de doadores cadáveres. (MORATO, 2009)

Na década de 30, especificamente em 1933, foi tentado o primeiro transplante de rim em humanos, na Ucrânia, porém sem sucesso. Nesta época não eram

conhecidos os grupos sanguíneos, histocompatibilidade e nem métodos para preservação do órgão (BAGGIO, 2009).

Posteriormente, já em 1953, em Paris foi realizado o primeiro transplante renal procedente de um doador vivo familiar. Este enxerto permaneceu pérvio por vinte e dois dias, ocorrendo a perda do mesmo após este período. Em seguida, surgiram as tentativas de transplantar órgãos entre gêmeos idênticos. Nessa população percebeu-se que o índice de rejeição era menor, o que foi o primeiro indício da viabilidade do procedimento (BAGGIO, 2009).

Eram necessárias ainda novas pesquisas e novas abordagens, uma vez que gêmeos idênticos não estariam disponíveis para todos os casos. Sendo assim, descobriu-se a importância do grupo sanguíneo e da histocompatibilidade para redução dos processos de rejeição. Em 1961, surgiram as primeiras drogas imunossupressoras e, em 1978 através da introdução da ciclosporina, iniciou-se uma nova era nos transplantes de órgãos, com a diminuição significativa da rejeição. (BAGGIO, 2009).

O primeiro transplante considerado bem sucedido foi o renal e ocorreu em 1954, realizado por Joseph Murray, em Boston, realizado entre gêmeos. No Brasil o primeiro transplante realizado com sucesso aconteceu em 1965, no Hospital das Clínicas de São Paulo, realizada pelo urologista Geraldo Campos Freire (BAGGIO, 2009).

Outro marco importante na história dos transplantes foi a realização do primeiro transplante cardíaco do mundo que aconteceu no ano de 1967, na Cidade do Cabo. O cirurgião sul africano Christian N. Bernard, ultrapassou todos os aspectos doutrinários, religiosos, éticos e legais da época, o que teve uma repercussão inédita na mídia como poucos acontecimentos da História Contemporânea. As razões de tamanha repercussão se devem ao simbolismo representado pelo coração ao longo dos séculos (BAGGIO, 2009).

Com todo o avanço tecnológico e das práticas que permeiam o procedimento de transplantar órgãos, intensificou-se as discussões éticas e morais relacionadas ao mesmo. Surgiu então a necessidade de regulamentação, que se deu através da criação de leis para a remoção de órgãos para fins de transplante em todo o mundo. Sendo assim, em 1968, foi sancionada pelo então Presidente Artur Costa e Silva a Lei 5497, que dispunha sobre a retirada de órgãos e tecidos com finalidade terapêutica e científica. Esta lei foi posteriormente revogada pela lei 8489/92 que por

sua vez foi revogada pela lei 9.434/97, que teve alguns de seus dispositivos alterados pela Lei 10.211/01 (BAGGIO, 2009).

Sabe-se que o Brasil é o país que possui o maior sistema público de transplante do mundo. Em números ele perde principalmente para os Estados Unidos (BRASIL, 2012). De acordo com a Sociedade Latino-Americana e do Caribe de Transplante (2011), o Brasil é país que tem o maior número de transplantes realizados nos últimos dez anos, além realizar a maior diversidade de procedimentos como os transplantes renais, de fígado, coração, pulmão e pâncreas, entre outros.

De acordo com a legislação brasileira, existem no país, unidades executivas nomeadas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), que foram criadas a partir da lei 9.343/97. Estas unidades executivas compõem o SNT. Elas têm como objetivo regular a atividade e organizar os transplantes em âmbito nacional (FERNANDES, GARCIA, 2010).

A Lei 10.211/01 altera alguns dispositivos da lei 9.434/97, dentre eles o Art. 4º, que dispõe:

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

Ou seja, a autorização para doação de órgãos no Brasil ocorre exclusivamente após a autorização do familiar.

O processo de doação de órgãos se inicia quando é realizado o diagnóstico de morte encefálica. A partir de então, os médicos devem informar à família e notificar à CNCDO, conforme determina a lei 9.434/97. A CNCDO repassa a notificação à Organização de Procura de Órgãos (OPO), que por sua vez avalia as condições clínicas do potencial doador, e se viável, realiza a entrevista familiar quanto à doação. Ocorrendo a recusa familiar para a doação, o processo é encerrado. Quando a família autoriza, inicia-se um protocolo interno que contempla vários procedimentos técnicos e administrativos indispensáveis para a viabilização dos órgãos. A OPO notifica o doador à CNCDO, que realiza a seleção dos receptores, indicando as equipes transplantadoras responsáveis pela retirada e implante dos órgãos (CINIQUE, BIANCHI, 2010). Ainda de acordo com essas autoras, em virtude do processo de doação ser complexo e prolongado, este costuma desencadear estresse e trauma à família.

Sendo assim, é importante criar estratégias para realizar a abordagem familiar. Bitencout, Quintana, Velho (2011), acreditam que existe um momento ideal para realizar a abordagem familiar. Esta deve ocorrer após a informação do diagnóstico de morte encefálica, porém a informação deve ser seguida da possibilidade de esclarecimentos das dúvidas expressas pelos familiares. Após essa comunicação deve-se possibilitar à família um período de reflexão e, somente após, outra equipe entraria em contato para solicitar a doação. Isso deveria acontecer em um local apropriado, sem pressa e respeitando a decisão tomada.

A autorização para doação se dá através do consentimento da família, e este não deve constar apenas de um documento entregue ao sujeito para assinar, desconsiderando-se a delicadeza do momento, mas sim um conjunto de informações claras e objetivas, em linguagem que possa ser entendida, bem explicada ao familiar. O exercício do consentimento tem como pressupostos a junção de elementos tais como a autonomia, a voluntariedade, a capacidade, a informação e o esclarecimento (PESSALACIA, CORTES, OTTONI, 2011)

Considerando-se o contexto da doação de órgãos no Brasil, cabe-se ressaltar que a recusa familiar tem sido a principal causa para a não captação de órgãos de potenciais doadores. Nos Estados Unidos, aproximadamente 50% das famílias abordadas para consentimento da doação de órgãos recusaram-se a realizá-la. No Brasil, este número atinge aproximadamente 70% nas regiões menos desenvolvidas do país (PESSALACIA, CORTES, OTTONI, 2011).

O sistema de doação de órgãos no Brasil, como citado anteriormente, opera de forma altruística e voluntária, na qual as famílias podem optar ou não pela doação de órgãos. Em contraste com o sistema brasileiro, existem alguns países europeus que tratam à doação de órgãos baseados no princípio do consentimento presumido, ou seja, todo indivíduo com diagnóstico de morte encefálica é considerado doador (PESSALACIA, CORTES, OTTONI, 2011).

A abordagem da família deve ser realizada por um profissional capacitado, seja ele médico, enfermeiro, psicólogo ou assistente social, sendo que o mesmo não deve fazer parte da equipe de assistência ao paciente doador. A abordagem familiar inadequada repercute no aumento da taxa de recusa pelos mesmos (PESSALACIA, CORTES, OTTONI, 2011).

Considerando-se todas essas questões, uma das possibilidades para aumentar a disponibilidade de órgãos é um aumento do número de doações efetivadas pelos

familiares (Massarolo, Santos, 2005). Para tal, faz-se necessário entender o processo de luto e identificar os fatores que desencadeiem a recusa familiar na doação de órgãos de pacientes com diagnóstico confirmado de morte encefálica. Esse entendimento favorecerá a comunicação entre a equipe de saúde e a família, resultando em aumento da concordância para o processo de doação de órgãos.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Referencial teórico

O referencial teórico utilizado neste trabalho é a Prática Baseada em Evidências (PBE).

A PBE tem como objetivo principal melhorar a qualidade da assistência à saúde, a partir do momento em que ela facilita a compreensão de resultados de pesquisas e permite a aplicação dos resultados nas práticas clínicas diárias (GALVÃO, SAWADA, 2003).

A classificação hierárquica das evidências, para a avaliação de pesquisas ou outras fontes de informação é baseada na categorização da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos da América. A qualidade das evidências é classificada em seis níveis, a saber: nível 1, metanálise de múltiplos estudos controlados; nível 2, estudo individual com desenho experimental; nível 3, estudo com desenho quase-experimental como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso-controle; nível 4, estudo com desenho não-experimental como pesquisa descritiva correlacional e pesquisa qualitativa ou estudos de caso; nível 5, relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas; nível 6, opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas; opiniões reguladoras ou legais (GALVÃO, SAWADA, MENDES, 2003).

A abordagem qualitativa tornou-se progressivamente um caminho para o desenvolvimento do conhecimento da enfermagem no movimento da prática baseada em evidências (PLOEG, 1999).

Ainda de acordo com Galvão, Sawada e Mendes (2003), a PBE deve ser aplicada por meio da utilização de cinco etapas: a formulação clara e precisa da pergunta; busca de informações nas bases de dados disponíveis; avaliação crítica da informação; uso da evidência na prática clínica e por fim, avaliação dos resultados.

Na produção da PBE é necessário produzir métodos de revisão de literatura que propiciem a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, dentre estes se destacam os referenciais metodológicos de revisão sistemática e revisão integrativa (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

4.2 Referencial metodológico

Dada à subjetividade do tema, optou-se por buscar pesquisas qualitativas, uma vez que essas tratam dos significados dos sujeitos. Minayo (2006) define pesquisa qualitativa como aquela que busca explorar como as pessoas dão sentido ao mundo que as cerca, quem são elas, como elas apresentam isto e, como respondem aos outros.

As possibilidades da pesquisa qualitativa são reconhecidas na investigação de atitudes, crenças e preferências de profissionais e pacientes. Seu valor está na habilidade de buscar, sistematicamente, respostas a perguntas que não são facilmente respondidas pela metodologia experimental (GREEN, BRITTEN, 1998).

Dessa forma, utilizou-se como referencial metodológico a metassíntese. Metassíntese é uma integração interpretativa de resultados qualitativos, ou seja, a síntese de dados qualitativos, incluindo referenciais metodológicos diversos, tais como fenomenologia, etnografia, teoria fundamentada nos dados, ou outras descrições de determinados fenômenos, eventos ou significados (SANDELOWSKI, BARROSO, 2004).

Nos últimos anos, inúmeras publicações têm apontado a relevância da pesquisa qualitativa e os diferentes métodos para conduzir a síntese dessas pesquisas, ou seja, a metassíntese (MATHEUS, 2009).

A abordagem qualitativa tornou-se progressivamente um caminho para o desenvolvimento do conhecimento da enfermagem no movimento da prática baseada em evidências (PLOEG, 1999).

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Para a composição da amostra foram considerados artigos indexados nas bases de dados LILACS, MEDLINE, BDNF e SCIELO, que se encontravam disponíveis online ou em periódicos impressos na Biblioteca J. Baeta Vianna, publicados entre os anos de 2005 e 2012 com texto em português, inglês ou espanhol, que resultassem de pesquisas brasileiras em função da Lei 10.211/01, que transfere a responsabilidade de autorização de doação de órgãos à família, e que respondessem à pergunta norteadora: “Quais os principais fatores de ordem familiar que dificultam a doação de órgãos para transplante no Brasil”?

Não houve delimitação de referenciais teóricos, ou seja, incluíram-se pesquisas qualitativas de vários referenciais que compõem o universo de pesquisas qualitativas. As pesquisas deveriam ter como população alvo familiares de pessoas com diagnóstico de morte encefálica e que passaram pelo processo de decisão de doação de órgãos das mesmas.

Foram excluídas pesquisas quantitativas e pesquisas que abordassem a doação de órgãos intervivos.

4.4 Estratégia de busca

Para o levantamento bibliográfico foi utilizada a internet, onde foram consultados os bancos de dados LILACS, MEDLINE, BDNF e SCIELO.

Os descritores utilizados foram “transplante de órgãos”, “família”, “obtenção de tecidos e órgãos”, “morte encefálica” e “doação dirigida de tecido”, acrescidos do booleano “AND”. Os mesmos foram agrupados com o objetivo de refinar a busca. Inicialmente foi realizada a leitura do título e resumo para verificação de afinidade com o tema.

Para a associação dos descritores “transplante de órgãos” e “família” foram encontrados no LILACS 54 artigos, sendo que desses, apenas nove estavam relacionados ao tema e foram selecionados para leitura do texto completo. Na BDNF foram apresentados quatro artigos, sendo que apenas três discorriam sobre o tema, porém encontravam-se repetidos. No IBICS foram encontrados seis artigos, sendo que nenhum se referia ao tema de interesse. No SCIELO foram encontrados seis artigos e foram selecionados quatro artigos direcionados para o tema, sendo

que três se encontravam repetidos e um foi selecionado para leitura de texto completo. (QUADRO 1)

Para a associação dos descritores “família” e “obtenção de tecidos e órgãos”, no LILACS foram disponibilizados 21 artigos e selecionados apenas três compatíveis com tema, porém os mesmos já haviam sido selecionados anteriormente. Na BDENF, IBECs e SCIELO foram encontrados respectivamente três, dois e dois artigos, porém nenhum foi selecionado devido à incompatibilidade com o tema (QUADRO 1).

No agrupamento dos descritores “morte encefálica” e “família” foram disponibilizados no LILACS 31 artigos, sendo selecionados sete artigos que possuíam afinidade com o tema, porém seis eram repetidos, sendo selecionado apenas um para a leitura do texto completo. Na BDENF foram disponibilizados seis artigos, dos quais apenas cinco eram relacionados ao tema, mas se encontravam repetidos. No SCIELO foram disponibilizados quatro artigos sendo selecionados três direcionados ao tema, porém os mesmos já haviam sido selecionados anteriormente (QUADRO 1).

No agrupamento dos descritores “obtenção de tecidos e órgãos” e “morte encefálica” foram disponibilizados 31 artigos, sendo que nenhum deles atendia aos critérios de inclusão (QUADRO 1).

Para o descritor “doação dirigida de tecido” foram disponibilizados no LILACS 32 artigos sendo que apenas três possuíam afinidade com o tema, porém dois encontravam-se repetidos, sendo selecionado apenas um artigo para leitura do texto completo. Na BDENF foram disponibilizados nove artigos, sendo selecionados dois artigos, porém já haviam sido selecionados anteriormente. No SCIELO foram disponibilizados cinco artigos que foram desconsiderados por não atenderem aos critérios de inclusão (QUADRO 1).

Não foi selecionado nenhum artigo disponível na base de dados MEDLINE, uma vez que os artigos apresentados relacionados ao tema foram elaborados a partir de pesquisas realizadas em outros países que não o Brasil.

QUADRO 1
Base de dados, População, Estratégia de busca e Amostra

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA	POPULAÇÃO	AMOSTRA
LILACS	“transplante de órgãos” and “família”	54	9
BDENF	“transplante de órgãos” and “família”	4	0
IBECS	“transplante de órgãos” and “família”	6	0
SCIELO	“transplante de órgãos” and “família”	6	1
LILACS	“família” and “obtenção de tecidos e órgãos”	21	0
BDENF	“família” and “obtenção de tecidos e órgãos”	3	0
IBECS	“família” and “obtenção de tecidos e órgãos”	2	0
SCIELO	“família” and “obtenção de tecidos e órgãos”	2	0
LILCACS	“morte encefálica” and “família”	31	1
BDENF	“morte encefálica” and “família”	6	0
SCIELO	“morte encefálica” and “família”	4	0
LILACS	“obtenção de tecidos e órgãos” and “morte encefálica”	31	0
LILACS	“doação dirigida de tecido”	32	1

QUADRO 1 (continuação)
Base de dados, População, Estratégia de busca e Amostra

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA	POPULAÇÃO	AMOSTRA
BDEF	“doação dirigida de tecido”	9	0
SCIELO	“doação dirigida de tecido”	5	0
TOTAL		216	12

Do total de 12 artigos selecionados para leitura de texto completo, dois artigos foram excluídos por não responderem total ou parcialmente à pergunta norteadora, dois artigos foram excluídos por apresentarem delineamento quantitativo e um artigo foi excluído pelo fato de que ambos os artigos eram referentes à mesma pesquisa, escritos pelo mesmo autor. Apesar de que um artigo fora classificado como qualiquantitativo, o mesmo foi incluído por se tratar de um trabalho delineado pela análise de conteúdo, um dos referenciais da pesquisa qualitativa. Sendo assim, para a realização deste trabalho, foram selecionados sete artigos que se encontravam dentro dos critérios estabelecidos pelo pesquisador.

4.5 População e amostra

A população deste estudo constou de artigos publicados na Biblioteca Virtual de Saúde - BVS, indexados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), BDENF (Base de Dados de Enfermagem) e SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), que discorressem sobre a família frente ao processo de enfrentamento de morte encefálica de seu ente e a dificuldade de doação de órgãos do mesmo.

4.6 Variáveis de estudo

Variáveis relacionadas às publicações e aos autores: ano de publicação, local de desenvolvimento do estudo, profissão dos autores, titulação e base de dados.

Variável de interesse: fator familiar identificado no processo de recusa ou dificuldade de doação de órgãos de paciente com diagnóstico de morte encefálica.

4.7 Instrumento de coleta de dados

Para facilitar a condução deste trabalho utilizou-se um instrumento de coleta de dados (APÊNDICE) para cada artigo com o objetivo de facilitar posteriormente a análise dos dados obtidos. Este formulário permitiu a identificação do título do artigo, autores, ano de publicação, local de publicação, profissão e titulação dos autores, periódico, fonte e delineamento do estudo. Ainda neste formulário foi possível identificar os principais motivos que dificultam a doação de órgãos no Brasil para posterior comparação entre os diversos autores.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os quadros contendo as informações sobre os sete artigos selecionados nesta revisão encontram-se apresentadas abaixo. O Quadro 2 relaciona a titulação e profissão dos autores. O Quadro 3 contém as variáveis: título, ano de publicação, fonte, local de publicação, delineamento e os trechos que sugerem explicações para o problema de pesquisa. Para facilitar a discussão, os artigos foram denominados em Artigo 1, Artigo 2, Artigo 3, Artigo 4, Artigo 5, Artigo 6 e Artigo 7.

QUADRO 2

Distribuição da amostra segundo a profissão e titulação dos autores

Titulação e Profissão	Nº
Bacharel em Enfermagem	04
Mestre em Enfermagem	05
Doutor em Enfermagem	03
Mestre em Psicologia	01
Pós-doutor em Psicologia	01
Não Informado	02
Total	16

O Quadro 2 mostra que a maior parte dos artigos relacionados a esse assunto possui como autores enfermeiros. Destaca-se que apenas dois autores não puderam ser identificados quanto à profissão e titulação. A titulação mais frequente foi de Mestre em Enfermagem, seguido de Bacharel em Enfermagem e Doutor em Enfermagem. Faz-se necessário citar que existem dois artigos diferentes publicados pelo mesmo autor, sendo que em um artigo consta sua titulação de enfermeiro e em outro, mestre em enfermagem.

QUADRO 3

Características das publicações que fizeram parte do estudo e respostas à pergunta problema

Título	Autores	Fonte	Ano de publicação	Local de publicação	Delineamento	Pergunta norteadora: Quais os principais fatores de ordem familiar que dificultam a doação de órgãos para transplante no Brasil?
Artigo 1 – A recusa familiar para doação de órgãos e tecidos para transplante	Moraes, Massarolo	LILACS	2008	São Paulo	Fenomenologia	<ul style="list-style-type: none"> - Crença religiosa; - Espera de um milagre; - Não compreensão do diagnóstico de morte encefálica e crença na reversão do quadro; - Não aceitação da manipulação do corpo; - Medo da reação da família; - Inadequação das informações e ausência da confirmação da morte encefálica; - Desconfiança da assistência; - Medo do comércio de órgãos; - Inadequação do processo de doação; - Desejo do falecido de não ser doador; - Medo da perda do ente querido.

QUADRO 3 (continuação)

Características das publicações que fizeram parte do estudo e respostas à pergunta problema

Título	Autores	Fonte	Ano de publicação	Local de publicação	Delineamento	Pergunta norteadora: Quais os principais fatores de ordem familiar que dificultam a doação de órgãos para transplante no Brasil?
Artigo 2 – Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres	Santos, Massarollo	LILACS	2006	São Paulo	Fenomenologia	<ul style="list-style-type: none"> - Não compreensão do conceito de morte encefálica; - Aspecto religioso; - Demora na liberação do corpo para o IML; - Desconhecimento do desejo de doar.
Artigo 3 - A tomada de decisão das famílias para doação de órgãos	Cinque, Bianchi	LILACS	2010	São Paulo	Análise de conteúdo	<ul style="list-style-type: none"> - Outros membros da família contrários à doação; - Incerteza sobre a morte encefálica; - Manipulação do corpo; - Desconhecimento da vontade do doador.

QUADRO 3 (continuação)

Características das publicações que fizeram parte do estudo e respostas à pergunta problema

Título	Autores	Fonte	Ano de publicação	Local de publicação	Delineamento	Pergunta norteadora: Quais os principais fatores de ordem familiar que dificultam a doação de órgãos para transplante no Brasil?
Artigo 4 – Experiência da família frente à abordagem para doação de órgãos na morte encefálica	Dellagnolo, Belentani, Zurita, Coimbra, Marcon.	LILACS	2009	Rio Grande do Sul	Análise de conteúdo	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de confiança na medicina – no sistema de captação de órgãos; - Temor de mutilação do corpo; - Temor no diagnóstico de morte encefálica; - Falta de conhecimento sobre o desejo do paciente; - Demora no processo de captação dos órgãos; - Conhecimento limitado sobre doação de órgãos e tecidos para transplante.
Artigo 5 – Doação de : possíveis elementos de sistência e aceitação	Quintana, Arpini	LILACS	2009	Rio Grande do Sul	Grupos de discussão	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade em aceitar a morte do familiar; - Desconfiança da morte encefálica; - Desconhecimento do desejo do familiar; - Relação com a equipe de saúde.

QUADRO 3 (continuação)

Características das publicações que fizeram parte do estudo e respostas à pergunta problema

Título	Autores	Fonte	Ano de publicação	Local de publicação	Delineamento	Pergunta norteadora:
						Quais os principais fatores de ordem familiar que dificultam a doação de órgãos para transplante no Brasil?
Artigo 6 – Fragmentos da vida: representações sociais de doação de órgãos para transplante	Fonseca, Carvalho	LILACS	2005	Minas Gerais	Representações sociais	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupações ligadas a possíveis consequências sobre o funeral do familiar - Restrições religiosas, e questões ligadas a costumes e cultura.
Artigo 7 - O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva	Bouso	SCIELO	2008	Santa Catarina	Interacionismo Simbólico e a Teoria Fundamentada nos Dados.	<ul style="list-style-type: none"> - Incerteza do diagnóstico de morte encefálica e prognóstico; - Não aceitação do diagnóstico de morte encefálica; - Falta de credibilidade na equipe de saúde; - Abordagem precoce;

Analisando-se o QUADRO 3, conclui-se que seis dos sete artigos selecionados na amostra para essa revisão sistemática qualitativa foram encontrados na base de dados LILACS, sendo apenas um disponibilizado pela base de dados SCIELO.

Todas as publicações são posteriores ao ano de 2005, obedecendo aos critérios de inclusão e, além disso, são posteriores a Lei 10.211, onde a responsabilidade de autorizar a doação de órgãos foi transferida para a família.

Quanto aos locais de publicação dos artigos, percebe-se que de acordo com a ABTO, são os locais em que mais se registraram doadores efetivos de órgãos em 2011, que foram São Paulo, Minas Gerais, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

O Quadro 4 apresenta os motivos pelos quais os familiares de pessoas com morte encefálica não autorizaram ou tiveram dificuldade para autorizar a doação de órgãos, classificados de acordo com o número de vezes que foram citados nos artigos.

QUADRO 4

Principais fatores de ordem familiar que dificultam a doação de órgãos para transplante no Brasil, subdivididos em categorias.

Principais fatores de ordem familiar que dificultam a doação de órgãos para transplante no Brasil. Categorias:	Artigo 1	Artigo 2	Artigo 3	Artigo 4	Artigo 5	Artigo 6	Artigo 7
Crença Religiosa	X	X				X	
Espera de um milagre ou reversão do quadro	X						
Não compreensão e incerteza do diagnóstico de morte encefálica	X	X	X	X	X		X

QUADRO 4 (continuação)

Principais fatores de ordem familiar que dificultam a doação de órgãos para transplante no Brasil, subdivididos em categorias.

Principais fatores de ordem familiar que dificultam a doação de órgãos para transplante no Brasil.	Artigo 1	Artigo 2	Artigo 3	Artigo 4	Artigo 5	Artigo 6	Artigo 7
Categorias:							
Não aceitação da manipulação do corpo e medo de mutilação deste	X		X	X	X		
Medo da reação de demais familiares contrários à doação de órgãos	X		X	X			
Inadequação da informação ou falta de informação sobre doação de órgãos	X		X	X			

QUADRO 4 (continuação)

Principais fatores de ordem familiar que dificultam a doação de órgãos para transplante no Brasil, subdivididos em categorias.

Principais fatores de ordem familiar que dificultam a doação de órgãos para transplante no Brasil.	Artigo 1	Artigo 2	Artigo 3	Artigo 4	Artigo 5	Artigo 6	Artigo 7
Categorias:							
Desconfiança na assistência e relação da equipe da saúde	X	X		X	X		X
Desconfiança no sistema de captação de órgãos e medo do comércio de órgãos	X			X			
Inadequação do processo de doação	X						

QUADRO 4 (continuação)

Principais fatores de ordem familiar que dificultam a doação de órgãos para transplante no Brasil, subdivididos em categorias.

Principais fatores de ordem familiar que dificultam a doação de órgãos para transplante no Brasil.	Artigo 1	Artigo 2	Artigo 3	Artigo 4	Artigo 5	Artigo 6	Artigo 7
Categorias:							
Medo da perda do ente querido e dificuldade de aceitar a morte	X			X	X		X
Desconhecimento do desejo do potencial doador de órgãos		X	X		X		
Preocupações ligadas a possíveis consequências sobre o funeral		X				X	

QUADRO 4 (continuação)

Principais fatores de ordem familiar que dificultam a doação de órgãos para transplante no Brasil, subdivididos em categorias.

Principais fatores de ordem familiar que dificultam a doação de órgãos para transplante no Brasil.	Artigo 1	Artigo 2	Artigo 3	Artigo 4	Artigo 5	Artigo 6	Artigo 7
Categorias:							
Abordagem Precoce							X

6 DISCUSSÃO

O transplante de órgãos pode ser considerado um dos procedimentos terapêuticos mais complexos na atualidade em relação à área da saúde. Isso se dá devido ao envolvimento da estrutura familiar de forma compulsória para a autorização da retirada dos órgãos. Além disso, a participação da família é de extrema importância tanto no período pré-operatório do paciente candidato ao procedimento, como no pós-operatório do paciente transplantado.

A família é percebida como um grupo de pessoas com características distintas que forma um sistema envolvido em outro sistema mais amplo que é o sociocultural, e que sofre influências e tenta se adaptar às mudanças desta sociedade (BRITO, PESSOA, SANTOS, 2007). Ainda segundo essas autoras, essa adaptação busca a homeostase, que garante continuidade, proteção e crescimento dos membros. Sendo assim, busca-se a compreensão da reação da família frente à situação de decisão para a doação de órgãos para transplante.

No Brasil, apesar do aumento o número de transplantes, existe uma demanda muito maior do que o número de doadores disponíveis. Segundo Dell Agnollo et al (2009), as principais causas para a não efetivação do transplante de órgãos foi em primeiro lugar a contraindicação médica, seguido pela recusa familiar, morte encefálica não confirmada e por último problemas com infraestrutura adequada.

No entanto, após a análise do Quadro 4, percebeu-se que a não compreensão ou incerteza do diagnóstico de morte encefálica foi um dos motivos mais recorrentes pelo qual as famílias têm dificuldade para autorizar a doação de órgãos. Os familiares muitas vezes têm dificuldades para entender o conceito de morte encefálica, uma vez que o paciente apresenta a aparência de uma pessoa viva, pois ocorre a manutenção da respiração, batimentos cardíacos, pressão arterial e temperatura corporal através de equipamentos. Dessa forma, alguns familiares acreditam que estão autorizando a morte do paciente, uma vez que ela ocorrerá somente após a retirada dos órgãos no centro cirúrgico (MORAES, MASSAROLLO, 2008).

Também foram recorrentes a desconfiança na assistência e a relação com a equipe de saúde. Os artigos analisados abordam a importância da relação que a equipe de saúde deve estabelecer com a família do potencial doador, tanto a equipe envolvida na assistência ao paciente como também a equipe de abordagem para a

doação dos órgãos. Em geral, estudos sobre a morte e o morrer têm focado a reação de profissionais de saúde frente à morte do paciente terminal (TADA, KOVACS, 2007). No entanto, a pouca sensibilidade apresentada pela equipe pode ser um fator que adiciona sofrimento, quando a família entende que o único interesse do profissional que está cuidando do potencial doador é a doação dos órgãos. Bousso (2009) afirma que a credibilidade na equipe de saúde constitui condição determinante no grau de incerteza da família. Quando a família consegue estabelecer vínculos de confiança com a equipe, ou com determinado profissional de saúde, as incertezas diminuem uma vez que é identificado o interesse do profissional pela situação da família.

O medo da perda do ente querido, a dificuldade de aceitar a morte e a não aceitação da manipulação do corpo foram recorrentes, aparecendo como desmotivadores na doação de órgãos pelos familiares.

A possibilidade de morte está presente em todo momento da vida e essa consciência exerce poder transformador na relação que se estabelece com o viver (POLES, BOUSSO, 2006). No entanto, a dificuldade de aceitação da finitude ainda persiste na nossa sociedade.

A manipulação do corpo do paciente com morte encefálica pode despertar na família diferentes reações. Algumas pessoas entendem que é por meio do corpo que o familiar identifica seu ente querido. Nesse sentido, a manutenção do corpo se torna uma forma de preservar a pessoa falecida. A dilaceração do cadáver é sentida como se o próprio sujeito estivesse sendo despedaçado. De fato, a doação de órgãos se transforma em uma mutilação da pessoa (QUINTANA, ARPINI 2009). Ali, não será feita a retirada de órgãos de um corpo, mas sim do ente querido (BONATELLI, 2007).

O medo da reação de outros familiares também emergiu como motivo para a recusa de doação de órgãos. O processo de decisão pela doação ou não dos órgãos de um ente querido é experienciado de forma distinta por diferentes membros da família e quando não existe um consenso, a tendência é de não autorizar a doação (DELL AGNOLLO et al, 2009). Lembra-se que a decisão de doação ocorre no momento de luto e que cada membro da família pode vivenciar o luto de formas singulares.

A inadequação da informação ou a falta de informação sobre transplante de órgãos também emergiram como dificultadores na decisão familiar para a doação de

órgãos. Durante o período de internação do paciente, as informações fornecidas pela equipe de saúde devem ser transmitidas com clareza e objetividade. A equipe de saúde deve se mostrar disponível para esclarecer todas as dúvidas e questões que possam estar relacionadas ao quadro clínico do paciente e ao diagnóstico de morte encefálica (CINIQUE, BIANCHI 2010).

Também foi recorrente a questão da crença religiosa. Religiões, antigas ou recentes trazem diferentes conceitos e decisões sobre a morte e como lidar com o corpo após o fato consumado (FERRAZO *et al* 2011). Dessa forma, as crenças religiosas repercutem na decisão de doação de órgãos, uma vez que envolvem conceitos fortemente arraigados às famílias.

O desconhecimento do desejo do familiar falecido também emergiu nesse estudo. Esse desconhecimento decorre da inexistência de diálogo sobre o assunto. A ausência de diálogo sobre doação é atribuída à crença de que não se pensa na morte como algo próximo em algum membro da família ou pelo fato de se ter medo da morte (SANTOS, MASSAROLLO 2005). A posição sobre doação daquele que faleceu é fundamental para aceitar ou não a doação. Quando é conhecida, a vontade de ser doador daquele que faleceu passa a ser considerada o seu último desejo, adquirindo, assim, uma força que pode se contrapor àqueles fatores de resistência a doar. De fato, o desejo do falecido se torna um importante fator facilitador para a doação, pois mitiga o sentimento de culpa por, supostamente, não respeitar o corpo do falecido. Com efeito, se o falecido havia manifestado que gostaria de doar seus órgãos, negar-se a realizar essa vontade é sentido como desrespeito muito maior que o da não preservação do corpo (QUINTANA, ARPINI 2009).

Surgiram ainda menções a preocupações ligadas a possíveis consequências sobre o funeral. Lembra-se que o funeral é um ritual. Oliveira (2002) afirma que mesmo em épocas diferentes e de maneiras diferentes, a princípio, em torno da morte é celebrada uma cerimônia, que marca solidariedade do indivíduo com sua espécie e comunidade. Trata-se de ritual intrínseco à situação de luto. Dessa forma, percebe-se que, as conseqüências decorrentes da retirada de órgãos do ente falecido sob seu funeral, mesmo que apenas no imaginário dos familiares também interferem no processo de doação.

Percebeu-se que alguns familiares apresentaram como fator dificultador do processo de doação de órgãos a desconfiança no sistema de captação de órgãos,

medo do comércio de órgãos, abordagem precoce e inadequação do processo de doação de órgãos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa metassíntese teve como objetivo identificar os principais fatores que levam à recusa ou à dificuldade de doação de órgãos por parte das famílias de pacientes com diagnóstico de morte encefálica.

Após análise dos resultados conclui-se que os principais fatores apontados por familiares como dificultadores da autorização para a doação de órgãos foram a não compreensão ou incerteza do diagnóstico de morte encefálica; a desconfiança na assistência e a relação com a equipe de saúde; o medo da perda do ente querido; a dificuldade de aceitar a morte; a não aceitação da manipulação do corpo; o medo da reação de outros familiares; a inadequação da informação ou a falta de informação sobre transplante de órgãos; a crença religiosa; o desconhecimento do desejo do familiar falecido; consequências sobre o funeral; a desconfiança no sistema de captação de órgãos, medo do comércio de órgãos, abordagem precoce e inadequação do processo de doação de órgãos.

O transplante de órgãos e o processo de doação de órgãos se entremeiam a questões muito delicadas que é o processo de morte e luto. As formas como as pessoas se comportam diante do falecimento de um familiar ou amigo estão relacionadas ao vínculo, crenças e religião. Ao se conscientizar disso, a equipe de saúde deve estabelecer estratégias de aproximação que podem facilitar a autorização para a doação de órgãos. Pode-se perceber que a relação estabelecida entre a equipe de saúde e a família do paciente em morte encefálica interfere de forma significativa na decisão de doar os órgãos. Dessa forma, os profissionais envolvidos devem ser motivados a estudar o tema, incorporando a idéia de que trata-se de um momento complexo para os familiares, pois o processo de luto precisa ser vivido. A assistência aos familiares inclui a boa qualidade da comunicação entre família e equipe.

Destacam-se também a importância do esclarecimento da população sobre os temas morte encefálica, transplante e doação de órgãos, uma vez que por meio desse esclarecimento as pessoas poderão decidir de forma consciente, ainda que abaladas pela perda. A falta de conhecimento do processo e da legislação vigente relacionada é um grande dificultador do avanço dos transplantes no Brasil uma vez que gera medo, dúvidas e desconfiança. A divulgação é de fundamental importância

para que a população possa criar uma opinião relacionada à doação de órgãos. Sendo assim, os meios de comunicação adquirem um papel relevante nesse processo de formação de consciência. Além disso, o assunto deveria ser abordado nas escolas para que a pessoa cresça refletindo sobre a possibilidade de ser um doador de órgãos.

Percebe-se também a necessidade de desmistificação do processo de doação, melhoria das informações prestadas aos familiares, de forma a conscientizar a população em geral, visando ao aumento da captação e dos transplantes, bem como o bem estar do familiar que passa por uma perda do ente querido por morte encefálica, fazendo-o lidar com essa situação com o máximo de informações, menos sofrimento e menor possibilidade de arrependimentos. Além disso, faz-se importante a abordagem do tema em vida entre os membros da família, pois o conhecimento da vontade do doador facilita o processo de decisão e diminui o sofrimento dos familiares.

REFERÊNCIAS DOS ARTIGOS QUE COMPUSERAM A METASSÍNTESE

BOUSSO, Regina Szyllit. O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17 n.1; p. 45-54. Jan-Mar., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/tce/v17n1/05.pdf>

CINIQUE, Valdir Moreira; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. A tomada de decisão das famílias para a doação de órgãos. **Cogitare Enfermagem**, São Paulo, V. 15, N , p. 69-73, jan.-mar., 2010. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17174/11309>

DELL AGNOLO, Cátia Millene, *et al.* A experiência da família frente à abordagem para doação de órgãos na morte encefálica. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 375-82. Set. 2009. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8343/6990>

FONSECA, Márcia Aparecida de Abreu; CARVALHO, Alysso Massote. Fragmentos da vida: representações sociais de doação de órgãos para transplantes. **Interações**, São Paulo, v. 10, n. 20, dez. 2005 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072005000200007&lng=pt&nrm=iso>.

MORAES, Edvaldo Leal de; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. A recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v.16, n.3, maio-jun., 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_20.pdf

QUINTANA, Alberto Manoel; ARPINI, Dorian Monica. Doação de órgãos: possíveis elementos de resistência e aceitação. **BOLETIM DE PSICOLOGIA**. v. 59, n. 130, p. 91-102. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v59n130/v59n130a08.pdf>

SANTOS, Marcelo Jose dos; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.3, n. 13, p. 382-387, maio/jun.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a13.pdf>

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. Dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: de janeiro a dezembro de 2011. **Registro Brasileiro de Transplantes**. São Paulo, n.4. Disponível em:
<http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/mensagemRestrita.aspx?idCategoria=2>

BAGGIO, Marco Aurélio; LIMA, Alzira Maria Carvalho. **Tras-plante**. Belo Horizonte: Educação e Cultura, 2009.

BITTENCOURT, Ana Luiza Portela; QUINTANA, Alberto Manuel; VELHO, Maria Tereza Aquino Campos. A perda do filho: luto e doação de órgãos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 4, n. 28, p. 435-442, out./dez. 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2011000400004&lng=en&nrm=iso>

BONATELLI, Circe. Dilemas éticos na doação de órgãos. **Espaço Aberto 80**. São Paulo, 2007. Disponível em:
<http://www.usp.br/espacoaberto/arquivo/2007/espaco80jun/ptcapa.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil tem o maior sistema público de transplante do mundo. **Revista Brasilis**. 2012. Disponível em:
<http://revista.brasil.gov.br/reportagens/brasil-tem-o-maior-sistema-publico-de-transplantes-do-mundo/brasil-tem-o-maior-sistema-publico-de-transplantes-do-mundo>

BRASIL. **Lei nº10.2011**, de 23 de março de 1996. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento". Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10211.htm

BRITO, Lise Maria Pinheiro de Mattos; PESSOA, Vera Lúcia Mendes de Paula; SANTOS, Zélia Maria de Souza Araújo. A família vivenciando o transplante cardíaco. **Rev. Bras. Enfem**. Brasília, v.60, n.2, mar./abr. 2007. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200008

CINQUE, Valdir Moreira; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev.**

esc. enferm. USP, São Paulo, v. 44, n. 4, Dec. 2010 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400020&lng=en&nrm=iso>.

CINTRA, Vivian; SANNA, Maria Cristina. Transformações na administração em enfermagem no suporte aos transplantes no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.1, n. 58, p. 78-81, jan./fev. 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672005000100015&lng=en&nrm=iso>.

DALBEM, Giana Garcia; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 19, n. 4, Dec. 2010 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400016&lng=en&nrm=iso>.

D'IMPÉRIO, Fernando. Transplante de pulmão: morte cerebral e o potencial doador de órgãos. **Pulmão**, Rio de Janeiro, v.2, n.15, p.100-109, 2006. Disponível em:
http://www.sopterj.com.br/revista/2006_15_2/14.pdf

FERNANDES, Paulo Manuel Pego; GARCIA, Valter Duro. Estado atual do transplante no Brasil. **Diagn tratamento**, São Paulo, v.2, n. 15, p. 51-52, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2010/v15n2/a51-52.pdf>

FERRAZO, Silvia; *et al.* Crença religiosa e doação de órgãos e tecidos: revisão integrativa de literatura. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Rio Grande do Sul, v.3, n.1, p. 449-460, set/dez 2011. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2790>

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino. Prática Baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. **Rev Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n.1, p.57-60, 2003. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000100012&lng=pt&nrm=iso>.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; MENDES, Isabel Amélia Costa. A busca das melhores evidências. **Rev Esc Enferm.** São Paulo. V. 37, n. 4, p. 43-50. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/05.pdf>

GREEN, Judith; BRITTEN, Nicky. Qualitative research and evidence based medicine. In: Lopes ALM, Francolli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** v.17, n. 4, p. 771-8, 2008.

GARCIA, Valter Duro. The transplantation society of Latin American and the Caribbean STALYC. Latin American Transplantation. 98 p. 2011. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/rbt/2011/LAT_repor2011.html

MATHEUS, Maria Clara Cassuli; Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, 22 (número especial) p. 543-5, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/19.pdf>

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 4, n. 14, p. 758-764, out./dez., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>

MORAIS, Marcos *et al.* As organizações de procura de órgãos (OPOs) são efetivas? Análise de sete anos de atividade de uma OPO brasileira. **Arq Cienc Saúde**, v. 4, n. 11, p. 225-229, out./dez. 2004. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-4/06%20-%20id%2080.pdf

MORATO, Eric Grossi; Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 3, n. 19, p. 227-236, 2009. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/164/147>

MINAYO, Maria Cecília de Souza; O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: **Editores Hucitec**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006.

OLIVEIRA, Eliane Caldas do Nascimento. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. **Psicol. Cienc. Prof**, v.22, n.2, p. 30-41, 2002. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932002000200005&script=sci_arttext

PESSALACIA, Juliana Dias, CORTES, Vanessa Faria; OTTONI, Alba. Bioética e doação de órgãos no Brasil: aspectos éticos na abordagem à família do potencial doador. **Revista Bioética**, Brasília, v.19, n.3, dez. 2011. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/670/702.

POLES, Kátia; BOUSSO Regina Szulit. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.2, n. 14, p. 207-213, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a09.pdf>

PLOEG, Jenny. Identifying the best research desing to fit the question. Part 2: qualitative desings. **Evid Based Nurs**. V.2, n. 2, p. 36-37. 1999. Disponível em: <http://ebn.bmj.com/content/2/2/36.full>

ROZA, Bartira de Aguiar; *et al.* Organ and tissues donation: relation with the body in our society. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 3, jun. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000300017&lng=pt&nrm=iso>.

SANDELOWSKI, Margareth; BARROSO, Julie. Qualitative metasummary method. **Sandbar Digital Library Project**. Chapel Hill (USA): University of North Carolina at Chapel Hill School of Nursing; 2004. Disponível em: <http://sonweb.unc.edu/sandbar/index.cfm?fuseaction=about#>.

TADA, Iracema Neno Cecilio; KOVACS, Maria Julia. Conversando sobre a morte e o morrer na área da deficiência. **Psicol. cienc. Prof**, Brasília, v.1, n. 27, p. 120-131, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932007000100010&script=sci_arttext

Apêndice

Instrumento de coleta de dados

Título_____

Autores:_____

Profissão do autor principal:_____

Titulação:_____

Fonte: () LILACS () MEDLINE () SCIELO () BDNF () OUTROS

Periódico:_____

Ano de Publicação:_____

Local de Publicação:_____

Delineamento_____

Variável de Interesse da revisão (síntese do fator familiar identificado no processo de recusa ou dificuldade de doação de órgãos de paciente com diagnóstico de morte encefálica):_____
