

**CAUSAS DE RECUSAS FAMILIARES PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**CAUSES OF FAMILY REFUSALS FOR ORGAN AND TISSUE DONATION AT A
UNIVERSITY HOSPITAL**

Lidiane Natalícia Costa*; Ana Rita Barreto Bernardes*; Rosiane Fernandes Carrijo*;
Viviane Faria Rezende*

149

RESUMO

O Brasil deixa de viabilizar doações de órgãos e tecidos de 43% dos seus potenciais doadores por negativa familiar. O objetivo da pesquisa foi apresentar os motivos das recusas familiares para doação de órgãos, que ocorreram nos anos de 2016 a 2019 em um hospital escola de alta complexidade do Triângulo Mineiro, sem estabelecer relações causais entre eles. Como caminho metodológico utilizou-se o estudo exploratório, retrospectivo, de base quantitativa. Os resultados demonstraram a prevalência com 32,6% de negativas relativas ao tempo de espera para entrega do corpo do doador; seguidos de 27,9% dos quais os familiares eram contra a doação e 18,6% das negações devido ao desejo do corpo íntegro. Concluiu-se que são necessários esforços para diminuir o tempo de logística entre o consentimento da doação e a liberação do corpo para o sepultamento, além de estabelecer comunicações estratégicas para orientações das famílias e para o entendimento dos fatores que as levam a se posicionarem contra a doação.

Palavras chaves: Obtenção de tecidos e órgãos; Morte Encefálica; Transplante de órgãos.

Abstract

Brazil stops making organ and tissue donations from 43% of its potential donors via family refusal. The objective of the research was to present the reasons for family refusals for organ donation, which occurred in the years 2016 to 2019 in a high complexity teaching hospital in the Triângulo Mineiro, without establishing causal relationships between them. As a methodological approach, an exploratory, retrospective study with a quantitative basis was used. The results showed the prevalence with 32.6% of negatives regarding the waiting time for delivery of the donor's body; followed by 27.9% of whom family members were against donation and 18.6% of denials due to the desire of the whole body. It was concluded that efforts are needed to decrease the logistical time between the consent of the donation and the release of the body for burial, in addition to establishing strategic communications to guide the families and to understand the factors that lead them to position themselves against the Donation.

Keywords: Tissue and Organ Procurement; Brain Death; Organ Transplantation.

* Universidade Federal de Uberlândia

INTRODUÇÃO

Comumente presencia-se nas mídias mensagens de incentivo ao diálogo entre os familiares acerca da temática sobre doação de órgãos e tecidos para transplantes. Desde 1997, o ato de doar órgãos e tecidos é precedido de uma entrevista com a família para esclarecimentos e assinatura do termo de consentimento nos moldes legais, ou seja, são os familiares do falecido que decidem sobre a doação.

Conforme o Decreto presidencial 9175/17 os responsáveis pela autorização da doação de órgãos da pessoa falecida são os parentes consanguíneos, de maior idade e juridicamente capaz, na linha reta ou colateral, até o segundo grau e o cônjuge ou companheiro¹.

Apesar de a taxa de recusa familiar no Brasil corresponder a 43% (segundo a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos – ABTO²), pesquisas de opiniões apontam que grande parte da população se manifesta favorável à doação de órgãos. Essa disparidade entre intenção de doação e o número elevado de recusas justifica a ampliação das pesquisas na área.

Segundo Roza³ os estudos com familiares de doadores de órgãos realizados a partir da década de 90 colaboraram com mudanças nas legislações. A partir do novo século o incentivo e apoio às famílias doadoras tornam-se prioridade dentro de todos os processos que o tema exige.

Nesse sentido, a resolução 2173/17 do Conselho Federal de Medicina caracterizou como obrigação do médico assistente do paciente esclarecer aos familiares sobre o processo de diagnóstico de morte encefálica (ME) e os resultados de cada etapa, registrando no prontuário do paciente essas comunicações⁴.

A declaração da morte pode ocorrer após uma parada cardio-respiratória, na qual é possível doar os tecidos; ou pode ser declarada após a conclusão do protocolo de ME, na qual é possível a doação de múltiplos órgãos e tecidos.

É importante ressaltar que a morte encefálica é estabelecida pela perda definitiva e irreversível das funções do encéfalo por causa conhecida, comprovada e capaz de provocar o quadro clínico e constitui a única condição na qual os

órgãos poderão ser doados.

No Brasil, a identificação de ME é composta por dois testes clínicos, um exame de apneia e um exame complementar. De acordo com o Decreto 9175/17¹, os familiares em companhia do paciente ou que possuem meios de contato serão obrigatoriamente informados do início do protocolo da morte encefálica, resguardado o direito deles de requisitar a presença de um médico de confiança durante o processo.

Neste contexto entende-se que além de uma conduta ética, é um direito da família receber orientações antecipadas sobre as etapas do diagnóstico para favorecer um processo mais claro, seguro e menos doloroso. Conforme Kübler-Ross, (1991 apud Barbosa et al⁵) quanto antes um indivíduo puder falar sobre a morte, menor será seu espanto diante dela⁵.

Segovia⁶ entende que o “impacto emocional que a morte produz e a irreversibilidade do fato dificulta o processamento e a assimilação de informações”. Logo, o luto imediato pode implicar em reações como de raiva, negociação, depressão, desorganização, bloqueio, angústia, negação, choque, saudade e desespero até que a pessoa consiga se organizar ou mesmo aceitar a perda.

Para Hoffmann⁷ a morte traz em si o senso de paradoxalidade, pois cada pessoa reage de uma maneira devido a sua forma de ver o mundo. A autora, que perdeu um filho em consequência de um acidente ciclístico, reconhece pelo menos três tipos de atitudes diante da morte: um grupo de pessoas resilientes, capazes de vencer a experiência da morte, inclusive de ajudar pessoas que passam pela mesma experiência num processo de interassistência; outro grupo de pessoas mais adeptas à finitude da vida, na qual a morte representa uma estagnação evolutiva, e são muito apegadas ao corpo que se foi, se vitimizam, dramatizam ainda mais o acontecido e se fecham às ideias libertárias que poderiam ajudá-las a sair do sofrimento; e por fim, o terceiro grupo, que resolve viver a vida de forma irresponsável, sem avaliar os riscos, vivendo uma eterna superficialidade para “fugir” da realidade.

Cinque e Bianchi⁸ produziram um estudo sobre a receptividade da notícia da morte encefálica com 16 familiares que vivenciaram o processo de doação de órgãos em São Paulo no ano de 2007. A pesquisa concluiu que a família apresenta inúmeros sentimentos e reações após a comunicação sobre a morte encefálica, sendo que 62,50% dos familiares entrevistados receberam a notícia de forma

intranquila, à medida que 37,50% obtiveram de forma tranquila. Ao observar algumas falas descritas, verificou-se que os familiares que apresentaram tranquilidade, já “esperavam” o óbito e estavam sendo preparados pela equipe assistencial sobre o provável desfecho desfavorável.

Meneses et al⁹ realizou uma pesquisa qualitativa com 20 profissionais que já haviam comunicado o diagnóstico de ME a familiares com o objetivo de avaliar a percepção de profissionais perante essa situação, de conhecer como ocorre a comunicação da ME e de identificar variáveis psicossociais da relação profissional-familiar nesse processo. A análise apontou que entre os profissionais que realizam entrevistas (para obtenção de consentimento à doação de órgãos de pacientes em ME) não há homogeneidade quanto aos procedimentos de execução das mesmas.

Essa falta de uniformidade é justificada pela ausência de um protocolo ou padrão institucional de comunicação de ME, pela falta de contato com assunto na formação acadêmica, pelo uso de critérios individuais (e subjetivos) e pela carência de feedback imediato sobre as comunicações ou avaliações de efeitos de procedimentos⁹.

Nesse sentido, é possível inferir que a despreparação do profissional para comunicar o óbito e explicar o processo de identificação de ME somada às circunstâncias que envolvem o óbito podem ser fatores que influenciam na tomada de decisão da família para não doação.

Contudo, essa pesquisa tem como objetivo apresentar os motivos das recusas familiares para doação de órgãos, que ocorreram nos anos de 2016 a 2019 em um hospital escola de alta complexidade do Triângulo Mineiro, sem estabelecer relações causais entre eles.

Acredita-se que conhecendo as principais razões da recusa na doação de órgãos é possível analisar e discutir as possibilidades de intervenções para melhorar a taxa de consentimento familiar.

MÉTODOS

A Unidade de análise é um hospital universitário de alta complexidade do Triângulo Mineiro, responsável por um número significativo de protocolos de morte encefálica, com um total de 157 realizados nos anos de 2016 a 2019. Foram

incluídos na amostra desta pesquisa 27,4% dos protocolos de ME efetuados nesses anos e excluídos 72,6% deles por se tratar de casos de doadores de órgãos e tecidos e também de contraindicações.

É um estudo exploratório, retrospectivo, de base quantitativa. Inicialmente, efetivou-se uma pesquisa bibliográfica referente ao tema. Foram examinadas teses, dissertações, livros e artigos para compor o referencial teórico.

Após a análise, os dados quantitativos foram coletados e tabulados por meio da pesquisa documental no livro de registros de atas da Comissão de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes do referido hospital. Foram avaliadas 43 atas que representam 100% das recusas familiares. Destacaram-se os seguintes dados: faixa etária, diagnóstico que ocasionou a ME, tempo de internação hospitalar, período para realização do protocolo de morte encefálica, causa do óbito, parentesco do familiar entrevistado para doação de órgãos e motivo da recusa relatado ao entrevistador.

Posteriormente, os dados coletados foram discutidos e analisados em interlocução com os estudos desta temática aqui apontados.

RESULTADOS

A amostra examinada corresponde a 100% das entrevistas realizadas (para doação de órgãos) que apresentaram recusas familiares no período de 2016 a 2019 do hospital estudado. Quanto à faixa etária, 39,5% das negativas ocorreram nos casos de ME em menores de 30 anos de idade; 48,9% entre 30 e 59 anos; e 11,6% em maiores ou iguais a 60 anos de idade.

Das causas de óbito analisadas, prevaleceu o Acidente Vascular Cerebral (AVC) com 48,9%; logo depois 39,5% dos casos foram por Traumatismo Crânio Encefálico (TCE); sendo 7% por encefalopatia hipóxico-isquêmica e 4,6% por outras circunstâncias, como meningite e má formação congênita do sistema nervoso central.

O grau de parentesco do familiar entrevistado também foi averiguado e constatou-se que 43,6% das negações foram emitidas pelos pais do falecido; 30,7% por irmãos e 25,7% pelo cônjuge ou companheiro.

Vários motivos de recusa familiar foram levantados: 27,9% alegaram ser contra a doação de órgãos e tecidos; 32,6% negaram devido ao tempo de espera necessário para conclusão do processo de doação; 18,6% relataram desejo do corpo íntegro; 9,3% disseram que em vida a pessoa falecida manifestava não ser doador; 7% não consentiram por desconhecer a vontade do falecido sobre a doação; 2,3% recusaram por conflitos familiares; e 2,3% não manifestaram o motivo de recusa na entrevista realizada.

Vale ressaltar que dos 32,6% das negativas relacionadas ao tempo de espera, em 7% dos casos foi solicitado pela CIHDOTT um período maior de espera para a família, para ser possível a avaliação de resposta ao tratamento infeccioso, conforme orientado pela Central de Transplantes de referência.

A presente pesquisa também analisou o tempo que foi necessário para conclusão do protocolo de ME, provavelmente relacionado à questão do processo de luto da família: 18,6% dos casos o diagnóstico foi concluído em menos de 12 horas; 27,9% concluídos entre 12 a 24 horas do início; 25,6% entre 24 a 48 horas; e 27,9% deles foram diagnosticados com mais de 48 horas do início.

Lembramos que a Resolução CFM 2173/2017⁴ trouxe novos parâmetros que reduziram consideravelmente esse prazo. Dos 27,9% casos identificados com mais de 48 horas do início, 25,6% deles ocorreram no período anterior à nova legislação, ou seja, antes de 2017.

DISCUSSÃO

As limitações do estudo estão relacionadas ao delineamento transversal, o qual não permite o estabelecimento de relações causais, como por exemplo, idade e circunstância da ME. Em relação às variáveis demográficas, a faixa etária predominante dos falecidos apresentada por este trabalho com média em torno de 37 anos (48,9% entre 30 e 59 anos, seguido de 39,5% menores de 30 anos de idade), é harmonizável com outras pesquisas relacionadas. Pessoa et al¹⁰ trazem média de idade de 41,2 anos, enquanto que Barreto et al¹¹ apresenta uma maioria de recusas familiares em potenciais doadores de 21 a 40 anos de idade (37,4%), seguida do intervalo de idades entre 41 e 60 anos (33,5%).

Dentre as causas de óbitos encontradas pela pesquisa de Pessoa et al¹⁰, o Acidente Vascular Encefálico prevaleceu com 48% da amostra, conciliável com este estudo (48,9% dos casos de recusa), seguido também do Traumatismo Crânio Encefálico com 42%. Nota-se com esses resultados uma mudança no perfil de “causa – óbito”, equivalente a várias outras pesquisas, na qual a circunstância traumática (TCE) dá lugar às causas vasculares (AVCs), sendo compatível com os dados da Organização Pan-Americana da Saúde¹² (2018), os quais apontam a cardiopatia isquêmica e o AVC como os maiores geradores de mortes no mundo.

Predominantemente, os pais (familiares de 1º grau) foram os responsáveis pelas recusas de doações com 43,6% dos casos. Tal resultado foi conciliável com outros estudos, como por exemplo Barreto et al¹¹, que apresentou os genitores como os principais autores dessas negações, com 35,3% dos casos.

Conforme Fernandes et al¹³ é muito comum os pais desenvolverem sentimentos de autoculpabilização, pois entendem que falharam na função de proteção. Ainda permanece no imaginário das pessoas a existência de uma sequência evolutiva da vida, na qual os filhos deveriam nascer, desenvolver e morrer; esta última fase fecharia o ciclo vital, logo a morte dos filhos sempre será prematura para os pais.

Diante desses conflitos afetivos, os pais podem considerar a doação de órgãos “como uma violência ao corpo daquele que se ama”, contribuindo para o aumento do sofrimento dos que terão que tomar a decisão” (Fernandes et al¹², p.8).

Para Bousso¹⁴ (2008) a morte do filho não é só um processo biológico, mas também um processo cognitivo e emocional. A construção de uma realidade diferente ou mesmo a negação da realidade da morte impede a disponibilidade da família em autorizar a doação de órgãos. Alguns pais inclusive trocam a ordem cronológica da morte e da retirada dos órgãos, demarcando como o momento do óbito o momento da retirada dos órgãos.

Barbosa et al¹⁵ afirma que a forma de enfrentamento e o impacto que a morte produz nos indivíduos dependerá das experiências desenvolvidas no ciclo da vida especialmente no modo de compartilhamento dos sentimentos e afetos com a pessoa falecida.

Em um estudo sobre a morte repentina dos filhos, Gudmundsdottir, Chesla (2006 apud Barbosa et al⁵, 2011) mostraram que a dor da família diminuiu apenas

quando os pais se envolveram em práticas que os auxiliaram a reconhecer a morte deles. Com isso, entende-se que a entrevista realizada no momento de negação do óbito pode influenciar na recusa, principalmente por parte dos genitores. Entretanto, se ela for bem conduzida e o entrevistador aguardar o momento mais apropriado para conversar, a doação de órgãos poderá ser um mecanismo de ajuda para a elaboração desse luto.

Para Martins e Cosmo¹⁶ dentre os fatores que motivam ou desmotivam familiares a autorizarem a doação estão: a religião e perspectiva cultural, mesmo não havendo objeções por parte da maioria das religiões; o desconhecimento da vontade do falecido acerca do assunto; o próprio conflito da perda, do luto e de questões emocionais; a satisfação quanto ao atendimento hospitalar; e por fim, a forma como a equipe das CIHDOTTs realizam a entrevista para propor a doação.

Diferentes razões da não autorização familiar são apresentadas nas pesquisas levantadas. Neste estudo prevaleceu com 32,6% as negativas relativas ao tempo de espera no processo de doação; seguidos de 27,9% dos quais os familiares eram contra a doação e 18,6% das negações devido ao desejo do corpo íntegro. As pesquisas relacionadas diferem na prevalência dos motivos dessas recusas. Pessoa et al¹⁰ encontraram que 21% não autorizaram por não compreenderem o diagnóstico de morte encefálica, seguido de recusa por razões religiosas e falta de competência técnica da equipe com 19% cada. Já o tempo relacionado para liberação do corpo apareceu como quarta causa de recusa familiar, com 10,2%.

Já para Marinho et al¹⁷ a razão prevalente das recusas foi de 36% para desejo do corpo íntegro, seguidos de desconfiança quanto ao processo de doação com 32,6% e de potencial doador contrário à doação em vida com 16,3%. Rosário et al¹⁸ mostra 31,92% das recusas relacionadas ao desconhecimento da vontade do falecido, seguidos de 17,02% devido ao respeito da opinião do potencial doador em vida e 17,02% das negações por desejo do corpo íntegro e devido ao tempo necessário para liberação do corpo. Barreto et al¹¹ constatou 26,7% da recusa por ser o potencial doador contrário em vida à doação, seguido de desejo do corpo íntegro com 21,6% e desconhecimento do desejo do falecido com 5,2%.

Percebe-se que a causa de recusa familiar varia por diversos fatores. Algumas razões são consideradas reversíveis e outras não reversíveis. Pessoa et

al¹⁰, em estudo realizado, constatou que 64% de seus entrevistados não tinham o conhecimento sobre a vontade do ente querido sobre o processo de doação de órgãos e tecidos e que 70% dos entrevistados que negaram a doação relataram que mudariam de opinião, optando pelo sim da doação.

A maioria dos motivos de recusa apresentados são passíveis de reversão, quando instituído treinamento e educação da equipe responsável pela abordagem. Conhecer a vontade do falecido é de suma importância quando se trata de autorização familiar, já que na maioria das vezes este desejo é respeitado pelos familiares, e por isso, inúmeras campanhas estimulam esse diálogo na família.

Pessoa et al¹⁰ asseguram que o fator humano presente no processo de doação é determinante na decisão familiar. Saber que famílias mudariam de opinião é algo motivador e demonstra que recusas podem sim ser revertidas, que as famílias podem mudar suas convicções quando bem esclarecidas.

Para Marinho et al¹⁷ as questões religiosas estarão presentes na maioria das entrevistas, servindo como ponto de apoio às famílias no processo de luto. Apesar da maioria das religiões no Brasil não adotarem posturas desfavoráveis à doação, muitas famílias acabam utilizando a crença religiosa como justificativa para negação, diante da dificuldade de assumir uma decisão em um momento de tanta fragilidade.

Em uma matéria publicada no jornal Estadão, Pestana¹⁹ explica que entre os seguidores do cristianismo, tanto católicos romanos como ortodoxos e protestantes, predomina a decisão favorável à doação, esse fato influencia nos números de transplantes realizados nos países que predomina a fé cristã. Testemunhas de Jeová, que não aceitam a transfusão de sangue, não se opõem ao transplante de órgãos. Para a maioria dos pastores evangélicos, a doação de órgãos é um ato de amor e de generosidade. Para o judaísmo a doação de órgãos é um ato de justiça e misericórdia, embora existam seguidores contrários, por não aceitarem a violação do corpo ou o diagnóstico de morte encefálica como o fim da vida.

A demora no curso da doação para liberação do corpo é sem dúvida outro ponto dificultador no aceite familiar, como apresentado no presente estudo. De um lado existe todo um processo burocrático que abrange oferta de órgãos, recrutamento dos receptores envolvidos, exames, além de toda logística necessária para efetivação desse processo. Do outro, temos uma família em preparação do

velório, vivenciando sentimentos de luto, dor e ansiedade, esta por vezes agravada devido ao tempo gasto na liberação do cadáver¹⁷.

Santos e Massarollo²⁰ realizaram um estudo com objetivo de revelar a percepção de familiares de doadores cadáveres sobre o processo de doação de órgãos chegaram à conclusão que esse se inicia na internação do paciente e termina somente com o sepultamento do mesmo. A pesquisa também mostrou que a doação de órgãos é vista como um processo muito burocrático, demorado, desgastante e cansativo para as famílias. Entretanto, também ficou evidenciado que elas tiveram satisfação pela ajuda às pessoas por meio do ato de doar. Conforme mencionado pelos autores, “a situação vivenciada é sofrida e estressante, mas não há arrependimento quanto à doação dos órgãos, pois embora a dor da perda não termine, a atitude da doação conforta e traz satisfação” (Santos e Massarollo²⁰, p.387).

Uma vez apresentada as causas que levaram as famílias a recusarem a doação dos órgãos, se faz necessário o estudo das possibilidades de intervenções. Nesse sentido, a Espanha chama a atenção porque apresenta taxa de recusa de 13% para doação de órgãos. Em 2019 atingiu 48,9 doadores por milhão de habitantes. De acordo com a Lei de Transplantes do país, todas as pessoas são consideradas doadoras caso não tenham expressado contrária durante a vida. No entanto, essa expressão costuma ser formulada de diferentes maneiras, por isso os familiares são consultados sobre a vontade do falecido em relação à doação. A decisão da família é sempre respeitada, pois pressupõe-se que não é contraditória aos desejos da pessoa falecida²¹.

Contudo para lidar com as recusas familiares, o país em questão investe em treinamentos e comunicações estratégicas. São ministrados cursos de atenção à família e comunicação de más notícias, dirigidos a todos os profissionais de saúde e aqueles que participam ativamente da entrevista familiar para doação de órgãos²².

Além disso, foram desenvolvidas pesquisas para entender como as minorias e os diferentes grupos culturais e religiosos lidam com a morte e aprender sobre suas atitudes em relação à doação de órgãos. Criaram oficinas dedicadas para os representantes desses grupos com o objetivo de fornecer uma imagem positiva do sistema de doação de órgãos. Os coordenadores de Transplantes recebem

orientações de como proceder com a entrevista familiar quando os parentes de uma pessoa falecida têm necessidades específicas de informação e apoio²².

Também faz parte do Plano Nacional Estratégico a realização de reuniões específicas com grupos de juristas e das mídias, pois estes também contribuem para o processo de doação no país²². Logo a experiência espanhola em doação de órgãos é uma grande lição. Quer seja para compreender mais sobre as estratégias de comunicação com as famílias que vivenciam o luto imediato, quer seja para conhecer ações de promoção da doação em maior amplitude e a longo prazo.

CONCLUSÕES

Buscamos nessa pesquisa expor as principais causas de recusas para doação de órgãos. Concluimos que vários fatores interferem na decisão familiar. Destacamos o período de espera para organização da logística de captação dos órgãos e também as famílias que justificaram serem contra a doação, pois esses dois fatores correspondem mais de 60% das negativas relatadas nas entrevistas. Com relação à logística, entendemos que é possível uma melhor organização das equipes envolvidas para diminuir esse tempo, porém, quanto às famílias que se manifestaram contrárias à doação, seria importante entender melhor quais os fatores que influenciam esse posicionamento.

Propomos a comparação dos achados com os dados publicados por outros pesquisadores da área e concluimos que cada caso representa processos singulares. Seria necessário um exame mais aprofundado dos contextos que envolveram as entrevistas. Entretanto, diante das dificuldades de realizar essa análise retrospectiva, utilizamos restritamente as fontes documentais e bibliográficas para sistematizar as nossas experiências.

Falamos muito em diagnóstico seguro, técnica de comunicação para as entrevistas, e acolhimento. Embora todos esses fatores contribuam para a melhor assistência oferecida à família, sabemos que a decisão pela doação é inerentemente particular, pois faz parte das práticas históricas, sociais, dinâmicas e muitas vezes complexas.

Nos documentos pesquisados não apareceram os tipos de arranjos familiares, as convicções religiosas e culturais das famílias e tampouco as relações

interpessoais do entrevistado com a pessoa falecida. Somente o grau de parentesco foi revelado.

Além disso, não podemos ser ingênuos e desconsiderarmos que a justificativa pela não doação relatada ao entrevistador pode ser um simulacro da realidade. O discurso veiculado pelas grandes mídias e por campanhas de incentivo à doação promove o doador de órgãos a herói, “pessoa boa”, salvadora e promotora da vida. Por outro lado, a família não doadora poderá receber rótulos negativos. Por isso, o entrevistado quase sempre busca justificativas menos desconfortáveis retirando a responsabilidade de si pela decisão, como por exemplo, quando os familiares relatam desconhecimento da vontade do falecido.

Existe uma necessidade frequente por parte do familiar de afirmar que é favorável à doação, mas por motivos externos ele não a faz. Acreditamos veementemente que as deliberações contrárias à doação são variáveis e podem, em muitos casos, após devido apoio e esclarecimentos aos familiares, serem revertidas. Não trata de convencer a família, o intuito é oportunizar um tempo para ela pensar, conversar com outras pessoas e tomar a decisão com mais clareza.

Independentemente do que foi decidido, é importante que a família esteja convicta de que recebeu todas as informações sobre o processo. Daí realçamos aqui, a importância da capacitação dos profissionais que comunicam com os familiares, seja durante o diagnóstico, seja durante a entrevista para doação de órgãos.

Neste contexto é indispensável estabelecer uma relação de ajuda com o familiar. Não se trata de um auxílio redentor, mas de um amparo que simbolize o compromisso do profissional com o respeito à cultura, à crença e à opinião das famílias, independente da sua decisão, pois doar órgãos é um direito e não uma obrigação.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento aos profissionais que colaboram com o processo doação-transplante e aos familiares dos doadores falecidos.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Decreto nº. 9.175, de 18 de outubro de 2017. Regulamenta a Lei nº. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Diário Oficial da União 2017; 18 out.
- 2 ABTO. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2014-2018). São Paulo: Associação Brasileira de Transplantes; 2018, 21(4).
- 3 Roza BA, Garcia VDG, Faria SFB, Mendes KDS, Schirmer J. Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade. Acta Paul Enferm. 2010; 23(3):417-22.
- 4 CFM. Resolução nº. 2173 de 15 de dezembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Brasília. 2017; 15 dez.
- 5 Barbosa CG, Melchiori LE, Neme CMB. Morte, família e a compreensão fenomenológica: revisão sistemática de literatura. Psicol. rev. 2011; 17(3):363-377.
- 6 Segovia, C. Comunicação em Situações Críticas. Tradução Joel de Andrade et al. Porto Alegre: Hospital Moinhos de Vento, 2017. 78p.
- 7 Hoffmann V. Sem medo da morte: construindo uma realidade multidimensional. Foz do Iguaçu: Editares, 2011. 182 p.
- 8 Cinque VM, Bianchi ERF. A receptividade da notícia da morte encefálica nos familiares de doadores de órgãos e tecidos para transplante. Enferm. glob. 2009; Jun(16):1-8.
- 9 Meneses NP, Castelli I, Costa Junior AL. Comunicação de morte encefálica a familiares: levantamento com profissionais de saúde. Rev. SBPH. 2018;21(1):192-217.
- 10 Pessoa JL, Schirmer J, Roza BA. Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. Acta Paul Enferm. 2013; 26(4):323-30.
- 11 Barreto BS; Santana RJB; Nogueira EC; Fernandez BO; Brito FPG. Fatores relacionados à não doação de órgãos de potenciais doadores no estado de Sergipe, Brasil. Rev. Bras. Pesq. Saúde. 2016; 18(3):40-48.
- 12 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAUDE. [Homepage]. 10 principais causas de morte no mundo. [acesso em 15 de mar 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5638:10-principais-causas-de-morte-no-mundo&Itemid=0
- 13 Fernandes MEN, Bittencourt ZZLC, Boin IFSF. Vivenciando a doação de órgãos: sentimentos de familiares pós consentimento. Rev. latinoam. enferm. 2015; 23(5):895-901.
- 14 Bousso RS. O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva. Texto & contexto enferm. 2008; 17(1): 45-54.
- 15 Barbosa CG, Neme CMB, Melchiori LE. A família e o indivíduo no curso vital: compreensão trigeracional sobre a morte e o morrer. Rev. Mal-Estar Subjetividade. 2011; 11(3):967-1011.
- 16 Martins CM, Cosmo MA. Centralidade da família no processo de doação de órgãos e tecidos. J Bras Transpl. 2009; 12:1169-1208.
- 17 Marinho CLA, Conceição AICC, Silva RS. Causas de recusa familiar na doação de órgãos e tecidos. Rev Enferm Contemp. 2018;7(1):34-39.
- 18 Rosário EN, Pinho LG, Oselame GB, Neves EB. Recusa familiar diante de um potencial doador de órgãos. Cad. Saúde Colet. 2013; 21(3):260-6.

- 19 Pestana, JM. Doação de órgãos como obra de misericórdia. Estadão [Homepage]. 2017. [Acesso em 27 mar 2020]. Disponível em <https://opinioao.estadao.com.br/noticias/geral,doacao-de-orgaos-como-obra-de-misericordia,70001658552>
- 20 Santos MJ, Massarollo MCKB. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. Rev Latinoam Enf. 2005;13(3):382-7.
- 21 ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES. [Homepage]. Donación. [acesso em 26 mar 2020]. Disponível em <http://www.ont.es/informacion/Paginas/Donaci%c3%b3n.aspx>.
- 22 Matesanz R, Domínguez BG, Coll E, Rosa G, Marazuela R. Spanish experience as a leading country: what kind of measures were taken? Transpl Int 2011;24:333–343.