BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ARESTIDES PRÓSPERO BONFIM CASTRO NETO

SINGULARIDADES ENTRE A ENTREVISTA FAMILIAR PARA A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES E A ENTREVISTA FAMILIAR PARA A DOAÇÃO DE CÓRNEAS:
CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA HOSPITALAR

Salvador - BA

2024

ARESTIDES PRÓSPERO BONFIM CASTRO NETO

SINGULARIDADES ENTRE A ENTREVISTA FAMILIAR PARA A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E A ENTREVISTA FAMILIAR PARA A DOAÇÃO DE CÓRNEAS PARA TRANSPLANTES:
CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA HOSPITALAR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.
Orientadora: Maria Constança Velloso Cajado.

Salvador - BA
2024

SUMÁRIO

RESUMO **3**
INTRODUÇÃO **4**
Problema e Justificativa 8
Objetivo Geral 9
Objetivos Específicos **9**
MÉTODO **9**
Coleta de Dados 10
Critérios de Inclusão 10
Critérios de Exclusão 10
Discussão e Análise dos Dados Qualitativos 10
REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA 11
A Morte e o Morrer no Hospital 11
A Morte Encefálica é Morte? 12
Comunicação de Notícias Difíceis 15
Cenário Brasileiro sobre a Doação de Órgãos e Tecidos 18
Entrevista Familiar para a Doação de Múltiplos Órgãos 19
Entrevista Familiar para a Doação de Córneas e de Outros Tecidos 25
Intervenções da Psicologia Clínica Hospitalar 27
Treinamento, Capacitação e Educação em Saúde para a Doação e Transplante 29
RESULTADOS/DISCUSSÃO 30
ANÁLISE QUALITATIVA 32
Vinculação entre a Família e a Equipe Assistencial 32
Comunicação da Morte Encefálica e o Acolhimento Familiar 34
Organização e Planejamento para a Entrevista Familiar 37
Ambiente Mais Adequado para a Realização da Entrevista 39
Vinculação com a Equipe da Comissão Intra-Hospitalar 40
Apresentação do Tema da Doação na Entrevista Familiar 42
Comunicação e Educação para a Doação na Entrevista Familiar 44
Sensibilidade com Relação ao Tempo da Família 46
CONSIDERAÇÕES FINAIS 48
REFERÊNCIAS 49

RESUMO

Introdução: A doação de órgãos e tecidos para transplantes é um processo que se inicia com a confirmação da morte encefálica (ME) ou por parada cardiorrespiratória (PCR). Em seguida, a família recebe a possibilidade da doação de órgãos e/ou tecidos. A entrevista familiar é um momento delicado que demanda tempo para o acolhimento familiar. Nesse contexto, a alta taxa de recusa para a doação contribui para a insuficiência do número de órgãos para suprir a demanda pelo transplante. A inadequação na condução da entrevista é um dos principais motivos. Esse estudo é relevante por levar em consideração os aspectos psicossociais e subjetivos da família que afetam esse fenômeno. **Objetivo geral**: Analisar a condução da entrevista familiar para a doação de múltiplos órgãos e a entrevista familiar para a doação de córneas. **Objetivos específicos**: conhecer o manejo técnico para a realização da entrevista familiar no contexto do hospital; descrever a condução da entrevista familiar para a doação de múltiplos órgãos e para a doação de córneas; compreender semelhanças e diferenças entre a entrevista para a doação de múltiplos órgãos e a entrevista para a doação de tecidos. **Método**: Foi realizada uma revisão integrativa de literatura pautada na análise de produções coletadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scielo e Periódicos CAPES a partir dos descritores: entrevista, família, doação de órgãos e doação de tecidos. **Resultados**: Foram selecionados oito trabalhos publicados em língua portuguesa entre os anos de 2016 e 2024, totalizando 3 da região Sul, 3 da região Nordeste e 2 da região Sudeste. **Discussão**: O consentimento familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes é potencializado por uma escuta acolhedora que possibilita a vinculação prévia com a equipe assistencial e pelo uso da linguagem clara que vise a promoção da autonomia e um espaço de expressão de sentimentos e dúvidas. Observa-se que nos contextos da ME e da PCR há variância no modo de compreensão da morte real, no processo de construção do vínculo com a equipe, no tempo de elaboração da possibilidade da morte do ente querido e no planejamento da entrevista. **Considerações finais**: Torna-se evidente durante a pesquisa a escassez de trabalhos que abordem especificidades da entrevista familiar para a doação de córneas e outros tecidos para transplantes e a atuação dos psicólogos clínicos hospitalares na área, assim, torna-se relevante a realização de mais pesquisas que aprofundem as aberturas expostas no presente estudo.

PALAVRAS-CHAVE: doação de órgãos e tecidos para transplantes; entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos; família; morte encefálica; psicologia hospitalar.

INTRODUÇÃO

O processo de doação e transplante de órgãos e tecidos transita através da pluralidade de contextos existente entre potencial doador e receptor, e nesses cenários há possibilidades de intervenção de profissionais da Psicologia Hospitalar. Nesse sentido, a perspectiva do receptor nos aproxima da difícil experiência de viver com uma doença crônica, seu tratamento e a espera pela possibilidade do transplante, além de todas as suas reverberações subjetivas daí decorrentes. Além disso, vislumbramos a perspectiva da família do paciente que pode vir a defrontar-se com a possibilidade do transplante intervivos, fato que mobiliza a dinâmica familiar.

Em contrapartida, o olhar para o outro ângulo do processo nos aproxima do paciente grave internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Unidade de Urgência e Emergência (UE) com suspeita de Morte Encefálica (ME) e sua família que, já em sofrimento recebe a confirmação da morte. Em adição, a família enlutada é conduzida para a entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes, momento importante, pois a doação somente será efetivada a partir do consentimento e consenso entre os familiares sobre a escolha pela doação. Essa etapa deve ser conduzida por profissionais que possuem capacitação para manejá-la.

A doação de órgãos e tecidos para transplantes é um processo complexo que envolve toda a sociedade em suas esferas social, política, econômica, jurídica, entre outras, cujo objetivo é tornar um potencial doador um doador efetivo através de uma gama de ações e procedimentos que envolvem a tríade paciente-família-equipe (Cajado, 2019). Enquanto que o transplante em si trata-se de um procedimento cirúrgico que se caracteriza pela reposição de um órgão ou tecido adoecido por um saudável recebido de um doador efetivo vivo ou falecido (Passos et al, 2022).

Toda prática relativa à doação e transplante de órgãos e tecidos é regulamentada pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT), instituído pela lei 9.434, do ano de 1997. O SNT, que funciona em Brasília, é ainda formado por instâncias que estruturam o seu funcionamento em dados Estados, são elas: Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO); Organizações de Procura de Órgãos (OPO); Comissões Intra-Hospitalares para a Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) (Cajado, 2019).

Nesse contexto, as CIHDOTTs se inspiram no modelo espanhol e as OPOs no modelo norte-americano de busca por doadores, ou seja, o Brasil realiza uma junção dos referidos modelos, considerando que cada Estado tem a sua realidade e posicionamento diante de tais modelos (Andrade et al, 2018). No Brasil os Estados que utilizam o modelo misto de gestão são: São Paulo (SP), Bahia (BA), Ceará (CE), Pernambuco (PE), Minas Gerais (MG) e Rio de Janeiro (RJ) (Cajado, 2019). A política brasileira de doação de órgãos e tecidos para transplantes tem base no modelo espanhol, que valoriza o momento da entrevista familiar e sugere o acolhimento dos sentimentos e necessidades subjetivas da família durante o processo, pensando a partir de uma base teórica humanista da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) de Carl Rogers, embora outras abordagens psicológicas possam contribuir para se pensar a atuação na referida área (Cajado & Franco, 2016).

No Estado da Bahia (BA), a rede de serviços do programa de doação de órgãos e de tecidos para transplantes é composta por uma Central Estadual de Transplantes (CET), sete OPOs, vinte e uma CIHDOTTs, um banco de olhos, quatro Organizações de Procura de Córneas, dois laboratórios de imunologia, e trinta e duas equipes transplantadoras credenciadas ao SNT (três para transplante de fígado; oito para transplante renal em adultos; duas para transplante renal pediátrico; três para transplante de coração; três para transplante de medula óssea; vinte para transplante de córneas), o que resulta em um número de aproximadamente duzentos profissionais (Sodré, 2022).

As CIHDOTTs, especificamente, organiza no âmbito hospitalar o processo de doação e transplante de órgãos e tecidos para a promoção da melhoria dos processos, estando ligada diretamente à diretoria médica da instituição e se articulando com as UTIs e Unidades de Urgência e Emergência, a partir da busca ativa (Andrade et al, 2018). Algumas das atividades realizadas pela comissão são: identificar e preservar o potencial doador; agilizar o diagnóstico de ME; entrevistar a família do doador; manter contato com a central estadual (CNCDO) e com o Instituto Médico Legal (IML); manter contato e realizar agendamentos com equipes transplantadoras; transporte dos órgãos e tecidos; devolução do corpo do ente querido à família (Rech & Rodrigues Filho, 2007).

Segundo Paiva et al (2023), o SNT trata-se de um dos maiores programas públicos do mundo para a doação e captação de órgãos, tecidos e células, tendo 95% do financiamento derivado do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como também a disponibilização de todos

os medicamentos imunossupressores no pós-transplante. Nesse sentido, o Brasil perde apenas para os Estados Unidos da América (EUA) quanto ao número total de transplantes realizados.

Tal enquadramento se faz relevante para o campo interdisciplinar da Saúde uma vez que apenas um doador efetivo é capaz de ajudar muitas pessoas que dependem da doação para ter qualidade de vida, ou mesmo para a continuidade de suas vidas, e permanecem na fila de espera pelo transplante durante anos (Cajado & Franco, 2016).

Existem três modalidades de transplantes de órgãos e tecidos que caracterizam diferentes tipos de potenciais doadores: o transplante intervivos, que ocorre entre duas pessoas da mesma família ou não (sob autorização judicial), que possibilita a doação de órgãos como os rins e parte do fígado; o transplante com doador falecido por parada cardiorrespiratória (PCR), contexto em que é possível a doação de tecidos e partes do corpo humano para transplantes, como as córneas, pele, ossos e válvulas cardíacas; o transplante com doador falecido diagnosticado com Morte Encefálica (ME) através do fechamento do protocolo de ME, que traz a possibilidade da doação de tecidos e de múltiplos órgãos, como o coração, pâncreas, pulmão, intestino etc. Nos dois últimos casos, o transplante é efetivado somente após o consentimento da família do paciente diagnosticado com ME ou por PCR, obtido por meio da entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes. (Cajado, 2019; Sodré, 2022).

O diagnóstico de Morte Encefálica (ME) é descrito como a cessação de toda e qualquer atividade neurológica nos dois hemisférios cerebrais e no tronco encefálico. Tal quadro é importante para averiguar clinicamente a certeza da morte, e ele pode ocorrer devido a causas externas e internas, como violência urbana, traumatismo craniano encefálico decorrente de acidentes automobilísticos e motociclísticos, quedas e atropelamentos, aneurismas e Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Cajado, 2019).

Diante de lesões neurológicas graves, o paciente passa a depender de ventilação mecânica e cuidados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O processo entre lesão cerebral, hospitalização, abertura e fechamento do protocolo de ME e entrevista familiar para a doação de órgãos é descrito por Knihs et al (2015) como sendo extremamente desorganizador para a unidade familiar, imersa em reverberações emocionais intensas ligadas ao luto. Por isso, segundo Cajado & Franco (2016), idealmente, a família do paciente falecido deve ser

acolhida e acompanhada desde o início do processo na abertura do protocolo pela Psicologia, o que nem sempre ocorre.

Após a comunicação da morte encefálica, ocorre a entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes, existindo, para a família, apenas um curto período de tempo para a elaboração da morte do ente querido. Essa fase do processo é idealmente conduzida em ambiente reservado, o que nem sempre é possível dada a falta de estrutura hospitalar, ocorrendo, por vezes, ao lado do leito do paciente falecido (Pessoa, et al, 2013).

Além disso, o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes, ao adentrar no campo da cultura, esbarra com uma série de tradições conservadas que expressam a relação que tem a sociedade com a morte e o corpo e que pode ser vislumbrada nos atos fúnebres, os rituais de despedida (Roza, 2010).

Considera-se a morte como um fenômeno universalmente presente em todos os seres vivos, e que apresenta-se em várias roupagens nas diversas culturas das sociedades humanas ao longo da história que são expressadas nos mitos e ritos fúnebres. Povos pré-industriais enfeitavam os seus túmulos com flores, conchas, alimentos e artefatos que acreditavam serem úteis para a alma do ente querido na vida após a morte, o que era regido pela lógica do mito (Soares et al, 2023). Entretanto, a doação de órgãos e tecidos surge como um caminho *post mortem* inédito, que demarca a possibilidade de salvar a vida de outrem com o transplante como um valor do corpo após a morte muito novo aos olhos da cultura brasileira, que valoriza a integridade do corpo em respeito ao ente querido que um dia o habitou, rejeitando a possibilidade da sua mutilação, aspecto que reflete na recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes. Portanto, tal contraste ainda dificulta uma total incorporação dessa prática à moral coletiva, ainda que essa seja considerada um ato altruísta pela maioria das pessoas (Roza, 2010).

Além disso, o conceito neurocientífico moderno de Morte Encefálica (ME) também se esbarra com as premissas culturais uma vez que a morte estava enraizada especificamente nas compreensões de que o coração é a sede a alma e de que a respiração é o processo vital mais fundamental. O conceito médico de morte nasceu igualmente na referida base, afirmando a cessação das funções cardiocirculatórias e respiratórias como pressuposto básico para o diagnóstico de morte. Somente a partir dos anos de 1960 que a Medicina e a Biologia se

debruçam sobre o coma irreversível, e em 1980 começam a ser delineados os critérios para o diagnóstico de ME (Nuevo & Rocha, 2021).

A recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes há muito tempo tem sido apontada pela literatura científica como uma problemática para que se possa suprir a demanda brasileira por transplantes. Segundo dados do Registro Brasileiro de Transplantes (RBT, 2024), da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), entre janeiro e junho de 2024 foram identificados, no Brasil, 7.329 potenciais doadores de órgãos, desse total foram efetivados no apenas 1.977 doadores de múltiplos órgãos, sendo 93 desses do Estado da Bahia (BA). Nesse mesmo período haviam 64.265 pessoas na fila de espera pelo transplante, considerando 3.488 desses da Bahia. Nesse cenário, ainda segundo dados da ABTO (2024), o fator mais significativo para a não efetivação dos potenciais doadores foi justamente a recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes (45%).

Dentre os motivos da recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos descritos na literatura científica se destacam principalmente: dificuldades na compreensão do diagnóstico de ME; condução inadequada da entrevista familiar; crenças culturais e religiosas; falta de informação da população sobre o processo da doação de órgãos e tecidos; desconfiança a respeito da seriedade do processo; preocupação com integridade da imagem do corpo; recusa em vida por parte do falecido; insatisfação com a assistência hospitalar, entre outros (Cajado, 2017). Nesse contexto, Prado et al (2013) acrescenta que nenhuma religião se posiciona oficialmente como contrária à doação de órgãos, mas quando as crenças são a favor do processo, podem agir como facilitadoras para o aumento do consentimento da população. Além disso, a preocupação com a integridade do corpo se intensifica quando trata-se da doação de tecidos, como as córneas, dado o conhecimento restrito da população a respeito da reconstituição do corpo sem que haja desfiguração.

Problema e Justificativa

Apesar de a doação e transplante de órgãos e tecidos ser uma realidade no Brasil, há uma alta demanda que não é suprida porque o número de doações tem sido insuficiente, sendo o fator mais alarmante a recusa familiar. Nesse sentido, mantém-se longo o tempo de espera na fila para o transplante para muitos pacientes que necessitam do procedimento para viver. Nesse contexto, indagamos de que forma os profissionais que são responsáveis por conduzir a entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes estão

preparados tecnicamente para considerar os aspectos psicossociais e subjetivos inerentes ao processo, almejando o aumento do consentimento familiar.

Objetivo Geral

Analisar a condução da entrevista familiar para a doação de múltiplos órgãos e a entrevista familiar para a doação de córneas.

Objetivos Específicos

- Conhecer o manejo técnico para a realização da entrevista familiar no contexto do hospital;
- Descrever a condução da entrevista familiar para a doação de múltiplos órgãos e para a doação de córneas.
- Compreender semelhanças e diferenças entre a entrevista para a doação de múltiplos órgãos e a entrevista para a doação de tecidos.

MÉTODO

O presente estudo se propõe a apresentar uma revisão integrativa da literatura referente a condução da entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes. Nesse sentido, as revisões de literatura objetivam compartilhar resultados de outros estudos relacionados com a pesquisa que está sendo realizada, proporcionando um diálogo na literatura científica entre diversas autorias que se debruçam sobre determinado problema de investigação (Creswell, 2010).

Nesse contexto, define-se a revisão integrativa de literatura um tipo de abordagem metodológica de revisão cuja amplitude proporciona a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais, combinando dados teóricos e empíricos, possibilitando uma compreensão mais integralizada a respeito do fenômeno que está sendo estudado ao identificar, analisar e sintetizar os resultados de tais estudos (Sousa et al, 2010). Tal abordagem metodológica foi escolhida para a realização do presente estudo dado que possibilita a comparação de diferentes resultados de estudos sobre uma temática, nesse caso, a condução da entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes.

Coleta de Dados:

A coleta de dados foi iniciada a partir da busca de artigos e teses de mestrado e doutorado sobre o tema proposto, escritas na língua portuguesa, nas plataformas digitais das seguintes bases de dados: Scielo; Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); Periódicos CAPES. Assim, os achados foram alcançados com a combinação dos seguintes descritores: entrevista, família, doação de órgãos, doação de tecidos. Os referidos descritores foram selecionados a partir de uma busca no DeCS/MeSH (Descritores em Ciências da Saúde). Nesse contexto, foram encontrados 11 artigos apenas nos Periódicos CAPES; 13 artigos apenas na BVS; 1 artigo na Scielo; 1 artigo simultaneamente na Scielo e na BVS; e 1 artigo simultaneamente na Scielo e nos Periódicos CAPES, totalizando 26 artigos e 1 tese de mestrado ao todo.

Critérios de Inclusão:

Os critérios de inclusão são artigos e teses de mestrado e doutorado publicados em língua portuguesa, com texto completo disponível nas referidas bases de dados entre os anos de 2016 e 2024, que abordem principalmente a maneira como é conduzida a entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes pelos profissionais responsáveis por essa atuação no contexto da morte por parada cardiorrespiratória (PCR) e/ou morte encefálica (ME). No quadro da revisão integrativa de literatura disposto na seção de resultado procurou-se ressaltar, em cada pesquisa do conjunto descrito, o título do trabalho, os autores, Estado e ano de publicação, delineamento metodológico e a síntese das considerações finais.

Critérios de Exclusão:

Os critérios de exclusão para a realização do presente trabalho foram artigos e teses de mestrado e doutorado que referem a entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes, mas não aprofundam sobre a mesma descrevendo a forma com que ela é utilizada pelos profissionais entrevistadores.

Diante dos referidos crivos, dos 26 artigos encontrados, foram selecionados para esta revisão de literatura 8 artigos. Em acréscimo, será utilizada uma dissertação de mestrado de Sodré ACBM, pesquisa baiana na área da entrevista para a doação de órgãos e tecidos para transplantes, publicada em 2022, intitulada “Experiências profissionais na doação de órgãos e tecidos para transplantes durante a pandemia do novo coronavírus no Nordeste do Brasil”.

Discussão e Análise dos Dados Qualitativos:

Na seção de análise qualitativa do presente trabalho serão apresentados os tópicos que pretendem responder ao objetivo geral e aos objetivos específicos, com a articulação dos trabalhos dispostos no quadro anterior e os conteúdos compilados na seção de revisão integrativa de literatura.

REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

1. A morte e o morrer no hospital

Muito embora a cena hospitalar tenha uma função direcionada ao tratamento de doenças e manutenção da vida, a morte é um fenômeno natural, intrínseco ao processo vital, e que pode se manifestar também nesse contexto, dentro das mais variadas unidades, sendo uma delas as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), popularmente associadas ao referido fenômeno. As UTIs são instâncias que compõem a Rede de Atenção às Urgências (RAU) do Sistema Único de Saúde (SUS) que contém equipamentos tecnológicos avançados para a manutenção da vida de pacientes que necessitam de cuidados intensivos, isto é, os casos de extrema gravidade, tratando-se muito mais de um dispositivo de cuidado a tais usuários do que caracterizando lugares para morrer (Nuevo & Rocha, 2021).

O Ministério da Saúde atribui à referida rede o objetivo de reordenamento da atenção à saúde em situações de urgência e emergência para a organização da assistência, definição dos fluxos e referências adequadas, para o atendimento aos pacientes com condições agudas e crônicas agudizadas. Nesse sentido, a RAU é composta pela prevenção, promoção e vigilância em saúde; Atenção Básica; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); sala de estabilização; Força Nacional do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h); unidades hospitalares; e Atenção Domiciliar.

Diante de quadros clínicos graves, como vítimas de trauma cranioencefálico derivado de um acidente automobilístico e motociclístico, há a possibilidade da ocorrência da Morte Encefálica (ME). Nesse caso, os familiares do paciente são comunicados pela equipe sobre a abertura do protocolo para o diagnóstico de ME, se deparando com a possibilidade da morte do ente querido, experiência que tende a ser angustiante e de difícil significação. As famílias podem vivenciar um sentimento de “vida em suspensão”, uma situação em que as relações

que antes existiam podem não mais existir a partir das referidas circunstâncias traumáticas (Nuevo & Rocha, 2021).

Segundo Soares et al (2023), a atmosfera da UTI é permeada pela densidade do tema da finitude trágica, pois trata-se de um lugar que recebe geralmente pacientes jovens vítimas de acidentes, violência urbana, ou de quadros neurológicos agudos, ou seja, indivíduos que, de forma abrupta, tornaram-se pacientes graves com alto risco de morte. Tal ambiência também compartilhada em CIHDOTTs e Bancos de Olhos tende a afetar emocionalmente os próprios profissionais que buscam recursos para o enfrentamento do referido cenário, como o movimento de se acostumar e naturalizar a morte enquanto parte de sua rotina profissional. Todavia, ninguém da equipe multiprofissional está isento de ser afetado pelos acontecimentos em UTI como, por exemplo, a necessidade do desligamento dos aparelhos do paciente com ME após a recusa familiar à doação de órgãos e tecidos para transplantes, situação que gera desconforto e estranheza em muitos profissionais.

Nesse conjunto, diante das intensidades e sofrimentos psíquicos reverberados, faz-se importante para a família a formação de um relacionamento acolhedor com a equipe para que seja possível o enfrentamento da morte tanto enquanto possibilidade no momento da espera pelo fechamento do protocolo de ME, e enquanto realidade, com a confirmação da morte e comunicação da notícia difícil. Em pesquisa feita por Fernández-Alonso et al (2022), os familiares entrevistados destacaram a importância do acolhimento que tiveram da equipe da UTI, além do atendimento às necessidades de conforto e privacidade da família. Também, as equipes intensivistas podem flexibilizar as regras da unidade quanto ao horário da visita e a quantidade de familiares.

Nesse ponto do presente trabalho, destaca-se a importância da reflexão a respeito do acolhimento pregresso da família pela equipe de outras unidades antes da comunicação do diagnóstico de ME e da entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes, temática relevante pois esse aspecto tende a afetar na decisão final dos familiares sobre a doação tanto quanto a insatisfação com a assistência hospitalar impacta na recusa (Cajado, 2019).

1.1. A morte encefálica é morte?

Os primórdios do conceito de morte encefálica tem origem na França, no ano de 1959, quando neurocirurgiões realizaram de forma inédita a descrição de uma condição que denominaram de morte do sistema nervoso central (SNC), condição não considerada como equivalente à morte. Ainda em 1959, foram realizados estudos com o eletroencefalograma isoelétrico através dos quais denominaram o referido fenômeno de *dépassè*, um estado além do coma, também diferente da morte (Santos et al, 2012).

Nessa época, no campo da Saúde, houve muita mobilização discursiva e dilemas éticos a respeito do desligamento dos aparelhos que mantêm as funções cardiorrespiratórias em funcionamento. Alguns profissionais defendiam o não desligamento das aparelhagens enquanto não cessava o trabalho cardíaco, e outros afirmavam que sua manutenção prolongava o morrer. Apenas em 1968 estudiosos da Universidade de Harvard definiram o coma irreversível como outro critério para designar a morte. Entretanto, no Brasil, esse conceito foi igualado à morte somente no ano de 1983 (Santos et al, 2012).

Segundo Rieth & Viana (2024), hoje, o diagnóstico de morte encefálica (ME) representa o comprometimento irremediável das funções de ambos os hemisférios cerebrais e do tronco encefálico, caracterizando um coma sem resposta a estímulos externos. Na resolução nº 2.173 do ano de 2017 do Conselho Federal de Medicina (CFM), para o diagnóstico de ME é necessária a abertura do protocolo de ME pela equipe da UTI, que se caracteriza pela realização de dois exames complexos para a identificação dos pacientes com coma não perceptivo, desaparecimento de reatividade supraespinhal e apneia persistente com os seguintes pré-requisitos: lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar ME; ausência de fatores que possam confundir o diagnóstico de ME; tratamento e observação em unidade hospitalar por, no mínimo, 6 horas, e em casos de encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI), por 24h; temperatura corporal maior que 35ºC, saturação acima de 94% e pressão arterial sistólica maior/igual a 100 mmHg ou pressão arterial média maior/igual a 65 mmHg em adultos.

Nesse contexto, as funções cardiorrespiratórias só podem ser mantidas artificialmente através de aparelhos, o que torna possível a doação de múltiplos órgãos, mas caso o paciente potencial doador não se torne um doador efetivo, o desligamento dos suportes terapêuticos é legal e ético, como subsidiado em resolução do CFM instaurada no ano de 2007. Além disso, todo diagnóstico de ME deve ser obrigatoriamente notificado e comunicado aos familiares e à

Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CNCDO) (Coelho & Silva, 2013).

Diante do referido, a literatura científica traz como problemática a dificuldade de compreensão do diagnóstico de ME por parte dos familiares que encontram-se diante do corpo do ente querido, ainda com temperatura, com batimentos cardíacos e respiração, mas não está vivo, o que subverte a compreensão cultural da morte centrada no coração (Nuevo & Rocha, 2021). Tais aspectos podem levar à crença esperançosa de reversão do quadro clínico de ME, um fator que corrobora com a recusa familiar à doação de órgãos e tecidos para transplantes (Santos & Massarollo, 2011). A falta de entendimento da família a respeito do diagnóstico de ME é compreensível uma vez que trata-se de um conceito relativamente recente na ciência médica, pois a morte era definida há pouco tempo ainda com base em critérios exclusivamente cardíacos e respiratórios (Knihs et al, 2010).

Nesse sentido, Cajado (2019) aponta, em uma perspectiva psicanalítica, que tais dificuldades podem também ser mecanismos inconscientes de defesa do ego dos familiares que funcionam como barreiras que protegem de verdades inconcebíveis na estrutura psíquica do sujeito. Tal resistência a compreender a ME como morte real é reforçada pelos batimentos cardíacos mantidos por via medicamentosa; respiração mantida pela ventilação mecânica (VM); contrações musculares nos membros denominadas “Sinais de Lázaro”, e que podem incidir na família desconfiança com a equipe e com os exames do protocolo de ME. Nesse contexto, a literatura registra ainda uma série de fantasias mobilizadas como a de uma possível morte provocada com a única intenção de captar os órgãos e tecidos para transplantes (Knihs et al, 2010)

Diferentemente, como aponta Santos et al (2012), a família do potencial doador com coração parado tem menos dificuldade de compreender a morte por parada cardiorrespiratória (PCR) como morte real do que o potencial doador diagnosticado com ME. Ambos se diferenciam em termos anatômicos e funcionais: o diagnóstico de ME, realizado mediante fechamento do protocolo supracitado e dos exames que o compõem, trata-se da parada irreversível de todas as estruturas do cérebro humano; já a morte por PCR é designada como a cessação do trabalho cardiorrespiratório de bombear sangue e oxigênio para o cérebro humano e demais estruturas do corpo (Silva et al, 2024)

No contexto da morte por parada cardiorrespiratória (PCR), quando a causa da morte é identificada pela equipe e documentada, o paciente falecido torna-se um potencial doador de tecidos, especialmente as córneas (Sodré, 2022). O transplante de tecidos diferencia-se do transplante de órgãos uma vez que no primeiro existe a possibilidade da estocagem em bancos, como o Banco de Olhos, no caso das córneas. Nesse contexto, os tecidos doáveis para o transplante atualmente, segundo Prado et al (2013), são: córneas, pele, ossos, cartilagem, tendões, menisco, fáscia, valvas cardíacas, vasos e membrana amniótica.

A morte por parada cardiorrespiratória (PCR), assim como a ME, é potencialmente mobilizadora de afetos intensos entre os familiares, embora possua algumas particularidades que diferenciam os dois contextos. Enquanto o diagnóstico de ME exige um conjunto de procedimentos entre abertura e fechamento do protocolo, que oferece um tempo de possível elaboração da morte diante das incertezas a respeito do fim da vida, a morte por PCR ocorre repentinamente enquanto uma certeza inexorável de que o organismo não poderá retornar à vida, ocasionando uma gama de sofrimentos agudos nos familiares. Diante da perda abrupta e inesperada do ente querido, a família pode vivenciar sentimentos de choque, desespero e incredulidade, necessitando de acolhimento da equipe de saúde com livre expressão do sofrimento e auxílio na elaboração do luto (Silveira et al, 2017).

Para Soares et al (2023), a morte por PCR é um fenômeno mais visível para as pessoas uma vez que existem sinais muito fortemente associados à morte como a pele fria, pálida e a cessação dos batimentos cardíacos enquanto que no contexto da ME a comunicação da morte é mais desafiadora, bem como a compreensão por parte dos familiares da ME como morte real em alguns casos. Entretanto, em pesquisa realizada por Silva et al (2024) é observada a menor chance de recusa para a doação de córneas para transplante em casos de potenciais doadores diagnosticados com ME se comparado àqueles que morreram por PCR, embora não aprofunde, em seu artigo, nas possíveis causas da diferença apontada.

1.2. Comunicação de Notícias Difíceis

A comunicação é um processo que compreende a emissão e recepção de mensagens transmitidas através de um código compartilhado, em que o receptor apreende os significados a partir de seus próprios paradigmas. No contexto da saúde, a comunicação se presta a ser também um instrumento terapêutico para a vinculação com os usuários (Sodré, 2022).

Segundo Andrade et al (2019), a má notícia ou notícia difícil é definida como aquela que mobiliza drasticamente a concepção de um indivíduo ou grupo familiar a respeito do futuro, configurando uma crise e reverberando sentimentos e comportamentos confusos que permanecem durante um tempo depois que a notícia é comunicada.

Sodré (2022) acrescenta que a comunicação de notícias difíceis é uma cena temida e evitada pelos familiares, o que exige do profissional responsável planejamento e técnica. Também, é considerada uma das mais complexas funções na área da Saúde, e que mobiliza emocionalmente os profissionais responsáveis por ela, reações muitas vezes desqualificadas no ambiente de trabalho. No contexto da doação de órgãos e tecidos para transplantes existem três momentos em que os profissionais da saúde precisam comunicar notícias difíceis: momento de agravamento do quadro clínico do paciente, suspeita do diagnóstico de morte encefálica e abertura do protocolo de ME; momentos de avanços dos exames necessários para o fechamento do protocolo; momento do fechamento do protocolo de ME e a confirmação do diagnóstico.

Antes mesmo do fechamento do protocolo de ME, é importante que a equipe tenha uma postura profissional de acolhimento e compreensão dos familiares, além da propagação de informações importantes e que preparem os familiares em caso de hipótese de ME, auxiliando de forma pregressa no processo do luto (Passos et al, 2022).

Assim, na comunicação da morte encefálica com o fechamento do protocolo de ME, o profissional emissor da informação do óbito deve ser claro e objetivo, utilizando explicações curtas, demonstrando empatia pelo momento sofrido da família, e permitindo a livre expressão do sofrimento. Para Rieth & Viana (2024), a clareza e simplicidade da comunicação contribui para situar a família com as informações essenciais para apreender o diagnóstico de ME e, depois, posicionar-se com mais autonomia na decisão para a doação de órgãos e tecidos para transplantes.

Segundo Dupont et al (2021), no processo da comunicação de notícias difíceis os médicos geralmente utilizam protocolos como estratégias para garantir maior segurança no diálogo com o receptor da notícia, a exemplo do protocolo SPIKES. Trata-se de um mnemônico que foi desenvolvido pelo médico oncologista Robert Buckman, em que cada letra representa um passo específico da comunicação, sendo ao todo seis:

Setting: momento inicial do encontro com o receptor da notícia que abarca a forma com que o emissor prepara um ambiente adequado, acolhedor, que preserve o sigilo e privacidade; *Perception*: momento em que o emissor da notícia analisa o quanto o receptor sabe a respeito do processo de adoecimento, condição clínica ou futuras possibilidades; *Invitation*: momento em que o emissor da notícia visa descobrir o quanto o receptor deseja saber a respeito dos referidos assuntos; *Knowledge*: momento em que o emissor comunica a notícia em linguagem compreensível, de forma clara e afetuosa; *Emotions*: momento em que o emissor ampara e responde às reverberações emocionais da comunicação da notícia no receptor; *Strategy*: momento em que o emissor discute com o receptor sobre as estratégias que serão lançadas mão para dar seguimento ao planejamento terapêutico, diminuição da dor e ansiedade no que tange à recepção da notícia.

Ainda na perspectiva de Dupont et al (2021), a empatia na relação médico-paciente é, também, uma característica importante para o cenário da comunicação de notícias difíceis, promovendo aos receptores um melhor enfrentamento do momento de crise e conforto. Além disso, a empatia torna mais sensível a maneira como a notícia é comunicada, afetando desde a escolha das palavras até o tom e ritmo da voz, gestos e toques.

Compreendendo a comunicação do fechamento do protocolo de ME como um cenário de intensas reverberações emocionais derivadas do luto, muitos profissionais que ocupam essa posição de manejo complexo sentem dificuldade de manter o contato com familiares de pessoas falecidas, devido à falta de treinamento para o referido tipo de comunicação (Santos et al, 2012)

Nessa conjuntura, o psicólogo possui um papel fundamental para o acolhimento, possibilitando a validação e expressão dos sentimentos, importante diante do luto. Também, a Psicologia pode ofertar um espaço de escuta acolhedora dos sentimentos de impotência e limitação da equipe multiprofissional, visando construir pontes de vinculação na díade família-equipe, potencializando o diálogo e mediando conflitos ocasionais. Além disso, após a comunicação da morte, no momento de despedida dos familiares, o psicólogo pode investigar se há algum ritual importante para o auxílio na elaboração do luto enquanto medida psicoprofilática ao luto complicado e de sintomas psicopatológicos (Rieth & Viana, 2024).

Após a confirmação diagnóstica da ME, comunicação da morte aos familiares, e identificação da inexistência de critérios clínicos de contraindicação ao transplante de órgãos

e tecidos, a família tem como direito de ser informada sobre a possibilidade da doação dos órgãos e dos tecidos e ter um tempo disponibilizado para que possa refletir e decidir sobre doar ou não a partir de seu desejo. Também é direito da família a possibilidade de indicação de um profissional médico com o qual a família tenha um vínculo de confiança para que ele possa analisar o andamento do processo (Sodré, 2022).

2. Cenário brasileiro sobre a doação de órgãos e tecidos

A Lei nº 10.211 do ano de 2001 refere que independentemente da vontade do doador falecido de doar ou não doar, a efetivação do procedimento ocorre somente mediante uma autorização por escrito dos familiares de primeiro grau, segundo grau, ou cônjuge, e a falta desta impede a continuidade do processo. Nesse sentido, com o fechamento do protocolo de ME, comunica-se à família da morte do ente querido e se realiza a entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes (Passos et al, 2022).

A doação e transplante de órgãos e tecidos é um processo formado por etapas de alta complexidade, que contemplam um conjunto de diversas categorias profissionais capacitadas e envolvidas no contexto da identificação do potencial doador, na já referida comunicação da morte, entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes, realização do procedimento transplantador em si e acompanhamento direcionado ao paciente transplantado (Sodré, 2022). Para Silva et al (2021), a doação de órgãos e tecidos trata-se de um processo unidirecional, isto é, em que o destinatário não oferece algo em troca pelo benefício que recebe, sendo a escolha pela doação uma priorização do outro frente às dores e sofrimentos vivenciados.

No cenário brasileiro, o número de doações ainda mostra-se insuficiente para suprir a demanda da sociedade por transplante e, diante disso, muitos pacientes permanecem anos na fila de espera, que é, para muitos, a única alternativa de continuidade da vida (Andrade et al, 2019). Segundo Andrade et al (2018), a desproporção evidente entre número de pacientes na lista de espera e número de procedimentos transplantadores efetivados está relacionada à subnotificação de casos de ME às centrais estaduais, a falta de educação permanente de profissionais da área de saúde sobre o processo de doação e transplante e à recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos.

Na atualidade, segundo Cajado (2019), os Estados brasileiros que mais se destacam a título de número de doações e transplantes efetivados são os da Região Sul: Santa Catarina (SC), Paraná (PR) e Rio Grande do Sul (RS). Ambos os Estados investem em políticas públicas que se destinam a melhoria do processo de doação e transplante, aspecto importante e visado pelo modelo espanhol.

2.1. Entrevista familiar para a doação de múltiplos órgãos

A entrevista familiar no contexto da doação e transplante de múltiplos órgãos e de tecidos é uma reunião conduzida por profissionais da saúde responsáveis pelo processo e os familiares do paciente falecido cujo objetivo último é construir uma vinculação genuína e acolhedora em que se apresente, através do diálogo, a possibilidade da doação, visando alcançar o consentimento da família para o transplante (Rossini & Souza, 2022).

Para Cajado (2019), muitos autores consideram a entrevista uma etapa tão importante que simbolicamente a representam como o coração do processo. Esse contexto posiciona os sujeitos em posições delicadas: tanto a família não deve sentir-se nem pressionada ou constrangida diante da necessidade da decisão quanto o entrevistador não deve chantagear ou coagir os familiares a doar. Em suma, trata-se de um espaço em que o profissional permite que as dúvidas possam ser colocadas e esclarecidas e em que os sentimentos e fantasias possam ter vazão, sendo externalizados e, dessa forma, intervém nas mais diversas demandas apresentadas pelos familiares, dentre elas as emocionais e subjetivas. O cenário ideal seria que o acompanhamento psicológico se fizesse presente muito antes dessa etapa.

Por envolver uma gama de aspectos psicossociais e subjetivos de manejo desafiador, os profissionais necessitam de capacitação. A ausência ou déficit na capacitação da equipe de profissionais entrevistadores é um obstáculo não apenas na etapa da entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes, como também no processo de notificação dos potenciais doadores às centrais estaduais e a captação de órgãos e tecidos (Passos et al, 2020).

Quanto à condução da entrevista, não existe um conjunto de regras que proporcione uma padronização do processo uma vez que trata-se de uma relação entre dois ou mais seres humanos imbuídos em subjetividade, embora exista algumas circunstâncias e recomendações que facilitam o manejo dos entrevistadores: assistência adequada oferecida ao potencial doador em questão; acolhimento pregresso dos familiares pela equipe de saúde; informação e

esclarecimento da família a respeito do quadro clínico e dos exames necessários desde o início, de forma a prepará-la para a perda iminente; quando os familiares encontram-se emocionalmente organizados diante da situação da perda; quando o ente querido declarou-se doador de órgãos em vida; uso de linguagem clara e objetiva; existência de local reservado e acolhedor para a realização da entrevista, distante de onde o paciente falecido está internado (Santos & Massarollo, 2011).

O fato de não existir padronização não quer dizer que a entrevista não deva ser planejada em todas as etapas, desde a preparação, considerando a maneira do entrevistador agir diante da família, o que implica na importância de se ter um conhecimento do caso a ser abordado. Assim, o profissional deverá se apropriar das informações que estão presentes no prontuário, estando a par do nome, histórico do potencial doador e a causa da morte. Todavia, embora haja a referida recomendação para o planejamento, nem sempre se segue o que foi programado, podendo algumas etapas serem suprimidas, alteradas ou adicionadas, o que traz a noção de que toda e qualquer entrevista é singular (Santos et al, 2012).

Quanto à linguagem utilizada, a literatura reforça a importância da disponibilidade e habilidade comunicativa dos profissionais da saúde que influenciam na decisão de doar ou não doar os órgãos e tecidos. Além disso, a atitude empática e sensível na comunicação para com a dor e o sofrimento da família enlutada é essencial para o processo decisório (Silva et al, 2021). O desconhecimento da família associado à dificuldade dos profissionais na comunicação de notícias difíceis distancia o binômio família-equipe, dificulta a experiência do momento vivido e gera embaraços fantasiosos na comunicação que, quando compartilhados entre os familiares compromete o programa de doação (Sodré, 2022).

Santos & Massarollo (2011) também trazem algumas circunstâncias e atitudes dos profissionais que podem ser empecilhos no processo da entrevista: local de entrevista com ruídos, desorganizado, sem assentos para os familiares, e com trânsito de pessoas, como nos corredores de uma ala de internação; entrevista realizada em corredor, à beira do leito ou em áreas abertas por falta de infraestrutura hospitalar; desinformação da família a respeito da ME por falta de treinamento médico em comunicação de notícias difíceis; entrevista realizada imediatamente após a comunicação da ME, diante de familiares psicologicamente abalados; situações de negação da morte do familiar e crença na possibilidade de uma reversão, muitas vezes associada a fatores religiosos; situações em que o entrevistador realiza a entrevista em

pé, dificultando a comunicação; ausência de diálogos na família a respeito da doação de órgãos e tecidos para transplantes.

Nesse conjunto, Cajado (2019) acrescenta que, no momento da entrevista, a presença de um número maior de profissionais da saúde do que familiares pode gerar na família a impressão de que está sendo pressionada ou inibida. Além disso, o ambiente em que a entrevista é realizada deve ser um local acolhedor, confortável e que favoreça a privacidade dos familiares diante da difícil decisão.

Abordar as atitudes profissionais adequadas a uma entrevista familiar é relevante, pois a inadequação da conduta é um dos principais fatores que contribuem para a recusa familiar à doação de órgãos e tecidos para transplantes. Uma conduta adequada para iniciar a entrevista, segundo Rieth & Viana (2024), é dar espaço para que a família possa trazer discursos sobre o seu familiar, sobre os últimos acontecimentos e o que estão compreendendo deles, de forma livre e com o tempo de escuta que precisar.

Em seu trabalho, Andrade et al (2019) traz a importância dos profissionais da saúde identificarem os familiares com maior poder de decisão e de maior compreensão dos fatos ocorridos e o melhor momento para a realização da entrevista familiar para a doação de órgãos, considerando as reverberações emocionais da família diante da dor experienciada no luto. Nesse contexto, o psicólogo hospitalar tem o papel de auxiliar e assessorar família e equipe multiprofissional, sinalizando o momento mais adequado para abordar o tema da doação de órgãos e tecidos para transplantes, afinal, um dos papéis da Psicologia Hospitalar é mediar família e equipe (Rieth & Viana, 2024).

Na perspectiva de Silva et al (2012), é importante que os entrevistadores considerem o grau de parentesco das pessoas que participarão do processo, assim como seu nível de envolvimento com o paciente falecido e/ou com os familiares, uma vez que a presença dessas pode interferir na tomada de decisão daqueles que são responsáveis legais. Sodré (2022) apresenta como importante a atenção às limitações, aspectos culturais e cognitivos da família, recomendando também o respeito ao silêncio no instante de compreender sobre o óbito e sobre a doação de órgãos e tecidos enquanto possibilidade, entendendo que cada sujeito carrega consigo uma história de vida e convicções.

Para Cajado & Franco (2016), a entrevista familiar envolve uma peregrinação pelas subjetividades dos outros que os profissionais se propõem a entrevistar, sustentando a escuta

em um campo afetivo inundado de sentimentos, ressentimentos, dores, medos e desesperos, em que se combinam a habilidade técnica de quem entrevista e sua sensibilidade. Além disso, as autoras trazem, na perspectiva psicanalítica, um conflito entre o tempo cronológico expresso na pressa dos profissionais pela doação ao considerar que o paciente pode entrar em falência orgânica a qualquer momento, e o tempo lógico expresso na necessidade da família pela escuta e acolhimento para a compreensão do processo e conclusão a respeito da decisão de forma coerente com o desejo dos familiares.

Além disso, é recomendado que o profissional responsável pela entrevista esteja presente no momento da comunicação da ME para o acolhimento da família diante da dor da perda, quando terá acesso aos conteúdos das possíveis reações dos familiares durante a etapa da entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos (Cajado & Franco, 2016). Nesse contexto, para Santos et al (2012), durante o acolhimento, atitudes simples como oferecer água ou o toque à família são diferenciais para fornecer conforto. Além disso, Sodré (2022) acrescenta também que a presença do entrevistador durante a comunicação de notícias difíceis auxilia na formação de um vínculo de segurança que pode contribuir para a decisão sobre a doação de órgãos e tecidos para transplantes.

Nesse sentido, Sodré (2022), apresenta as etapas da comunicação da ME e a entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes como processos que dependem um do outro e que são complementares, uma vez que é impossível realizar a entrevista com uma família que não compreendeu adequadamente a respeito do diagnóstico de ME ou que não está segura com a informação que foi comunicada. A entrevista sob as referidas condições, segundo a literatura científica, aumenta a chance de recusa familiar.

Já Rech & Rodrigues Filho (2007) aponta que o melhor momento para a realização da entrevista familiar é após a comunicação da ME, quando a equipe deve lançar mão de uma técnica denominada “desacoplamento”: primeiramente, o médico comunica a ME e explica o que ela significa, buscando esclarecer todas as dúvidas dos familiares e, em seguida, após um tempo de espera para que a família assimile a notícia, ela deve ser abordada por uma equipe completamente diferente da que prestou assistência ao ente querido para que possa falar sobre a doação e transplante de órgãos em entrevista familiar. Esse processo pode ser conduzido por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais capacitados e que não tenham feito parte da equipe assistencial, como referido.

Nesse sentido, as fases do luto de Elisabeth Kübler-Ross podem ser recursos analíticos interessantes aos profissionais para implementar na observação da família enlutada, sempre respeitando os momentos e evitando realizar a entrevista em um momento em que a família esteja emocionalmente desestabilizada (Andrade et al, 2019). Diante da morte, os profissionais da saúde precisam posicionar-se no processo de forma a facilitar o luto antecipatório, rituais de despedida e atividades dos familiares, proporcionando uma separação saudável do ente querido (Passos et al, 2022).

Para Knihs et al (2015), a informação sobre a possibilidade da doação de órgãos e tecidos para transplantes não deve ser apresentada como pressão ou barganha, mas sim como uma apresentação de mais uma etapa do processo que pode ou não ser aceita pela família, abrindo espaço para que os familiares possam sanar as suas dúvidas e tomar a decisão. Tal conclusão envolve a transcendência de barreiras, respeito e não julgamento dos profissionais que precisam compreender e acatar o conhecimento próprio e autônomo da família além da capacidade de compreensão de cada familiar em seu próprio tempo, atuando sobre as fragilidades, mitos e desconhecimentos.

Na perspectiva de Cajado (2019), a apresentação da doação de órgãos e tecidos como possibilidade deve ser feita cuidadosamente e sem sensacionalismos sobre benefícios do processo para a continuidade de outras vidas. Para a autora, se trata muito mais de um espaço de promoção de liberdade para a livre expressão de afetos, dilemas, pensamentos e fantasias, e a decisão final deve estar baseada no consenso familiar.

Outro empecilho para a entrevista ocorre quando profissionais não capacitados na comunicação de notícias difíceis antecipam a informações sobre a doação em etapas anteriores à entrevista. Além disso, ainda existe dificuldades em profissionais da Medicina diagnosticarem a ME, prolongando o contexto da declaração do óbito e o sofrimento da família, e aumentando, consequentemente, o risco do corpo do potencial doador entrar em falência orgânica (Andrade et al, 2019). Passos et al (2022) refere que ainda hoje muitos profissionais ainda não compreendem e não aceitam o diagnóstico de ME, o que se configura como uma barreira importante para o cenário brasileiro de transplante.

Para Passos et al (2022), o principal desafio do processo de doação e que impacta de forma direta a entrevista familiar e a decisão para a doação é a falta de conscientização da equipe multiprofissional de outros setores a respeito do bom atendimento às famílias desde a

chegada em alguma unidade hospitalar, uma vez que o profissionalismo e a falta deste reflete também na decisão da família.

Mesmo os entrevistadores tendo dificuldade no manejo dos sentimentos intensos que se fazem presentes na etapa da entrevista familiar, os profissionais da Psicologia são pouco solicitados no contexto da doação de órgãos e tecidos para transplantes, com exceção dos casos que a equipe julga serem os mais delicados. Diante disso, Cajado & Franco (2016) demarca a importância do fazer psicológico no hospital para o acompanhamento das famílias desde o início, com a abertura do protocolo de ME até o fechamento do processo, considerando também a possibilidade da presença dos psicólogos nas entrevistas familiares.

Na pesquisa realizada por Sodré (2022), a autora demarca que profissionais da Psicologia sentem mais segurança no manejo de casos mais delicados que envolvem um contexto de difícil elaboração da morte e do luto. Destarte, traz a hipótese de que a facilidade demonstrada pelos psicólogos pode estar relacionada a natureza da formação em Psicologia e pela experiência que tais profissionais vivenciam na prática da Psicologia Hospitalar em diversos cenários como a UTI, centros de trauma, Neurologia, dentre outros.

Nesse sentido, Rieth & Viana (2024), referem que o vínculo de confiança e segurança da família com o profissional da Psicologia torna importante que ele se faça presente durante a entrevista para contribuir para uma decisão mais segura, mas não a fim de convencer a família. Além disso, o acompanhamento psicológico em um contexto de elaboração do luto é importante a fim de oferecer espaço e tempo no qual o sofrimento pode ser expresso e ter lugar de escoamento através da escuta, evitando o desenvolvimento de adoecimento psíquico como o luto complicado, problema de saúde pública que vem crescendo ao longo dos anos.

Diante da recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes, não é adequado e ético que o profissional imponha a sua perspectiva a respeito da doação à família ou julgue a sua decisão como algo absurdo, porque o papel da entrevista familiar é de esclarecimento, respeito e apoio à conclusão da família. Também, a família é livre para realizar a remarcação da entrevista para que possa refletir sobre a possibilidade apresentada (Santos et al, 2012). Após a recusa, é dever do médico realizar a suspensão dos suportes terapêuticos do paciente, incluindo a ventilação mecânica, o que nem sempre ocorre dada a dificuldade dos próprios profissionais.

2.2. Entrevista familiar para a doação de córneas e de outros tecidos

O presente subtópico aborda uma temática pouco discutida na literatura científica a respeito da doação e transplante de órgãos e tecidos que são as especificidades da entrevista diante da morte por parada cardiorrespiratória (PCR), em que o paciente falecido configura-se como potencial doador de tecidos para transplantes, dentre eles as córneas, embora o paciente diagnosticado com morte encefálica (ME) também seja potencial doador de tecidos (Grossi et al, 2014).

Segundo Klug et al (2020), designa-se como córnea um tecido transparente localizado na parte anterior do globo ocular e que compõe, junto com a esclera, a parte fibrosa que protege os olhos, e é o tecido mais doado do mundo. A presença de possíveis alterações nessa parte do tecido ocular compromete a visão podendo, inclusive, ocasionar a cegueira, sendo o transplante de córneas uma possibilidade de tratamento para esses casos. Segundo Rech & Rodrigues Filho (2007) a retirada dos tecidos oculares pode ser feita em até 6 horas após a morte do paciente, no próprio necrotério, entretanto, outros tecidos como pele, ossos e tendões podem ser captados nas primeiras 24 horas após o óbito, beneficiando até 50 receptores de tecidos para transplante.

O transplante de córneas é realizado a partir do procedimento cirúrgico oftalmológico, realizado desde a década de 1960, denominado de enucleação cadavérica, cujo objetivo é captar o tecido ocular do paciente falecido para a substituição da córnea de um paciente que necessita do transplante visando diferentes objetivos: o transplante de córneas com objetivo terapêutico tem finalidade de resolver doenças oculares que resistem a tratamentos clínicos; o transplante de córneas com objetivo tectônico visa restaurar a integralidade do globo ocular e da córnea do paciente; e o transplante de córneas com objetivo cosmético busca beneficiar o paciente do ponto de vista estético. Tal como assegura a Resolução nº 2.173 do CFM, o referido procedimento cirúrgico pode ser feito apenas com um doador falecido com coração parado ou diagnosticado com ME, efetivado mediante consentimento familiar em entrevista familiar para a doação de tecidos para transplante (Andrade et al, 2019).

Ainda segundo Andrade et al (2019), os profissionais que trabalham no Banco de Olhos têm como funções importantes: a reconstituição da cavidade orbitária do doador falecido e receber os tecidos oculares captados; a fiscalização da realização adequada da triagem, considerando os exames clínicos e possíveis contraindicações para o transplante;

avaliação, processamento e armazenagem dos tecidos extraídos; disponibilização dos tecidos para fins terapêuticos; dentre outras funções.

Nesse contexto, para Prado et al (2013), o conhecimento aprofundado especificamente sobre os motivos da recusa familiar para a doação de tecidos para transplantes externalizados no cenário da morte por PCR é importante para o planejamento das estratégias que os profissionais podem lançar mão na entrevista familiar para a doação de córneas e outros tecidos para transplantes. Um motivo de recusa familiar muito presente é o desconhecimento da família acerca da possibilidade da doação e transplante de tecidos sem que haja a desfiguração do corpo do ente querido ou o receio quanto à reconstituição após a captação dos tecidos. Diante disso, o referido trabalho recomenda que o entrevistador pode antecipar, no momento com a família, o esclarecimento de possíveis dúvidas que os familiares possam ter a respeito desses aspectos a fim de acalmá-los e diminuir os índices de recusa.

A reconstituição do corpo do paciente falecido de forma condigna para a entrega aos familiares para a realização dos cortejos fúnebres após a captação de órgãos e tecidos para transplantes trata-se de um direito da família garantido pela Lei nº 9.434 do ano de 1997 (Andrade et al, 2019). O desconhecimento do referido e preocupação com possíveis deformidades explica a maior frequência da doação de órgãos se comparada à doação de tecidos para transplantes (Roza et al, 2010).

Tal como na entrevista para a doação de múltiplos órgãos, Klug et al (2020) apresenta como essencial a identificação dos familiares responsáveis legais, aqueles que estejam cientes e mais esclarecidos a respeito do processo e o perfil da família a ser entrevistada. Também valoriza a abertura da expressão de dúvidas na entrevista familiar para a doação de córneas e outros tecidos para transplantes. Nesse sentido, o autor destaca o caráter educativo do encontro com os familiares, momento onde cabem explicações verbais sobre o funcionamento do processo da doação e transplante de córneas em si e como direito da família assegurado em lei. Demarca-se então que a falta de informações limita a autonomia da família enquanto princípio bioético, portanto, prejudicando a capacidade da família na tomada de decisão consciente e alinhada ao desejo familiar.

Além disso, Silva et al (2024) recomenda uma mudança no uso dos termos “Banco de Olhos” e “doação de olhos”, substituindo por “Banco de Tecido Ocular” e “doação de tecido ocular”, devido aos estigmas sociais relativos à captação dos olhos e seus significados para a coletividade.

Em pesquisa realizada por Sodré (2022), a equipe responsável pela realização da busca ativa para a entrevista familiar para a doação de córneas e pelo acompanhamento dos óbitos em tempo real pode apresentar dificuldades relacionadas à capilarização, isto é, a possibilidade dos óbitos acontecerem nas mais diversas unidades hospitalares e a qualquer instante, uma vez que tal realidade impede a programação de etapas tal como ocorre no contexto em que há abertura do protocolo de ME.

3. Intervenções da Psicologia Clínica Hospitalar

No contexto entre a comunicação do agravamento do quadro clínico do paciente e a realização da entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos, há sujeitos vivenciando uma situação de urgência subjetiva que demanda ser atendida e que, muitas vezes, atropela o tempo cronológico da urgência médica. Na perspectiva da Psicanálise, trazida por Cajado & Franco (2016), os familiares, ao se depararem com situações críticas inesperadas tendem a rupturas que abalam o ego e a estrutura familiar. Assim, muitas vezes, quando é comunicada a morte encefálica (ME), é mobilizado um mecanismo de defesa que impede o impacto egoico diante da comunicação de uma notícia difícil, a exemplo da não compreensão do diagnóstico de ME como morte real.

Segundo Nuevo & Rocha (2021), nos contextos de urgência e emergência a morte inesperada é presente de forma escancarada, mobilizando nos familiares a necessidade abrupta de um deslocamento subjetivo e redefinição de um mundo sem o ente querido que faleceu de forma trágica. Assim, o psicólogo busca dar vazão às reverberações emocionais que são externalizadas pela família no momento de ruptura, através da escuta ativa da urgência subjetiva, visando a elaboração do luto e a realização dos rituais de despedida.

O psicólogo hospitalar localiza-se como um membro interlocutor de necessidades e desejos do paciente e familiares dentro da tríade hospitalar paciente-família-equipe. Dessa forma, é papel do psicólogo realizar intervenções nas repercussões emocionais advindas do processo de adoecimento e hospitalização do paciente entre os membros da tríade, considerando também possíveis mobilizações na equipe de saúde que convive de forma constante com a morte (Coelho & Silva, 2013).

A morte trágica de um parente altera completamente o modo de existir da família, sua dinâmica e relações intragrupais, caracterizando um abalo que pode apresentar, segundo o

que refere Knihs et al (2010), alterações cognitivas que tendem a impactar a decisão para a doação. Trata-se da perda de um pai, mãe, primo, irmão, de alguém que tinha sonhos, planos e objetivos de vida, e que não contavam com a morte repentina como possibilidade. Nesse sentido, a família necessita de acolhimento desde o serviço de emergência do hospital, não apenas na entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes, e não apenas com o objetivo de adquirir consentimento familiar no referido processo, sustentando o acolhimento até a liberação do corpo para os cortejos fúnebres.

Enquanto não há devolução do corpo do ente querido à família, é importante que eles tenham um acompanhamento como parte dos rituais fúnebres cultuados, tendo também a possibilidade de velar os corpos de seus parentes a fim de que não se arrependam da decisão pela doação, tendo em vista que tal apropriação do corpo do paciente falecido pela equipe para a cirurgia de captação de órgãos e tecidos, sem previsão para a devolução tendem a alterar os hábitos culturais e rituais religiosos que acontecem no Ocidente (Roza et al, 2010). Decidir pela doação implica em um adiamento dos rituais de despedida, prolongando também o sofrimento decorrente da perda, e para algumas famílias, ainda que possam valorizar a decisão pela doação de órgãos e tecidos, pode ser uma vivência insustentável no momento, e que deve ser respeitado pela equipe (Sodré, 2022).

Para Coelho & Silva (2013), tende a ser mais difícil a aceitação da morte por parte da família em casos de pacientes mais jovens; de pacientes que morreram de forma violenta e traumática; mortes por suicídio que geram sentimentos de culpa e por vezes a possibilidade da doação ocorre como mecanismo de defesa, dentre outras situações. Porém, considerando cada sujeito como singular e subjetivo, assim se manifestam também as suas mobilizações emocionais no processo do luto. Diante disso, o profissional da Psicologia Hospitalar pode oferecer assistência psicológica aos familiares enlutados, objetivando o alívio do sofrimento e auxiliando no processo de elaboração e aceitação da morte do ente querido. O acolhimento psicológico favorece à reorganização psíquica do sujeito em situação de crise e vulnerabilidade, assim, considera-se a atuação do psicólogo desde a internação até o pós-óbito como decisivo para a decisão final sobre doar ou não doar (Rieth & Viana, 2024).

Outro papel importante do psicólogo é a avaliação do estado emocional em que se encontram os familiares, assim como a identificação da capacidade dos membros da família de ouvir e compreender as informações importantes a serem transmitidas pela equipe,

reconhecendo também o momento mais adequado para a realização da entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes (Coelho & Silva, 2013).

Quanto ao campo das necessidades objetivas de doar da equipe multidisciplinar, o psicólogo pode assumir a função de mediador e facilitador da decisão familiar, auxiliando na elaboração das novas informações comunicadas visando que, doando ou não, a família tenha uma visão positiva da doação e transplante de órgãos e tecidos e, também acolhendo os familiares enlutados (Silva, 2016).

Ademais, Cajado & Franco (2016) apontam que a efetivação da doação de órgãos e tecidos para transplantes pode ser benéfica para a família do paciente, trazendo, em alguns casos, um sentimento de continuidade da vida do ente querido em um outro corpo, ou um sentimento de solidariedade ao ter ajudado uma pessoa que precisa do transplante, podendo ser também um consolo diante da dor e do sofrimento vivenciados no luto.

4. Treinamento, capacitação e educação em saúde para a doação e transplante

Tendo em vista a complexidade emocional importante que envolve a entrevista, uma vez que os familiares estão em um momento de expressão do pesar diante da morte do ente querido, a equipe responsável pela condução desse procedimento deverá ser treinada a fim de proporcionar uma entrevista acolhedora, com conhecimentos dos detalhes sobre as etapas da doação e do transplante, e também da ética e humanização em saúde, pois as atitudes éticas e seguras do entrevistador são essenciais para que as famílias sintam-se confortáveis em tomar alguma decisão (Passos et al, 2022).

A educação em saúde é também uma estratégia importante que visa compreender a população dentro de sua realidade, provocando reflexões e diálogos sobre temáticas como a doação de órgãos e tecidos para transplantes em sua própria cultura, sendo a Unidade de Saúde da Família (USF) um canal possível para a difusão de informações pela população, através de visitas e campanhas realizadas na Atenção Básica (Andrade et al, 2019).

Para Sodré (2022), os profissionais que trabalham na área de doação e transplante de órgãos e tecidos podem vir a se beneficiar com a realização de grupos de escuta profissional que busque oferecer apoio emocional e prevenir o adoecimento psíquico gerado pela sobrecarga emocional mobilizada por situações que produzem abalo emocional também

nesses profissionais. Assim, as rodas de diálogos possibilitam a elaboração dos sentidos do trabalho através do compartilhamento de saberes e experiências entre os participantes.

Ainda que não se trate de um recurso de treinamento, capacitação e educação em saúde, oferecer tal espaço para os profissionais que trabalham no referido campo auxilia no processo de conseguir enfrentar e lidar melhor com a complexidade emocional que é despejada neles a cada caso com o qual se deparam. Assim, além dos espaços de treinamento, então, Sodré (2022) aponta para a necessidade de incluir espaços de escuta e acolhimento dos profissionais que contemplam discussões de experiências difíceis e marcantes, conduzindo a uma melhor preparação emocional, manutenção da saúde mental e desempenho mais seguro e leve das funções de trabalho.

Quanto à doação e transplante de córneas, Issaho et al (2009) sugere, como uma ferramenta de potencialização da educação para a doação e capacitação dos profissionais, a disponibilização por parte dos hospitais e/ou Banco de Olhos de profissionais já capacitados que divulgassem a temática de forma permanente e que fossem responsáveis pela entrevista familiar para a doação de córneas.

De acordo com Passos et al (2022) a Espanha apresenta as maiores taxas de doação de órgãos e tecidos para transplantes e investe em atividades de educação permanente dos profissionais que atuam no campo, trabalhando juntamente a grupos que visam a produção científica e fazendo cursos de formação com profissionais que atuam nas áreas de urgência, emergência e UTI.

Além disso, segundo Rieth & Viana (2024), as CIHDOTTs e OPOs realizam breves cursos de capacitação que abordam conceitos basilares do processo da doação de órgãos e tecidos para transplantes e que visam habilitar os profissionais a entrevista familiar. Tratam-se de importantes investimentos para tornar a entrevista um processo mais assertivo e humanizado. Nesse sentido, Santos et al (2012) sugere como instrumentos que poderiam auxiliar a educação permanente o uso de filmagens das entrevistas como via de treinamento e discussão a respeito do manejo mais adequado.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Para o delineamento do presente trabalho, foram selecionados oito estudos para a presente revisão integrativa de literatura descritos no quadro disposto a seguir, destacando o título, autoria, local e ano de publicação, objetivo geral, método e as considerações finais da cada estudo, respectivamente.

Título	**Autoria**	**Estado/Ano**	**Objetivo Geral**	**Método**	**Considerações Finais**
Experiências Profissionais na doação de órgãos e tecidos para transplantes durante a pandemia do novo coronavírus no Nordeste do Brasil.	Sodré, A. C. B. M.	Bahia, 2022.	Analisar as experiências de profissionais que atuam no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes em três estados do Nordeste do Brasil.	Estudo qualitativo descritivo que utilizou entrevistas semiestruturadas e selecionou participantes através do método Bola de Neve. Os conteúdos revelados nas experiências profissionais foram transcritos e em seguida analisados com base na Análise do Discurso.	É destacada a comunicação de notícias difíceis como temática relevante para repensar a formação dos profissionais que atuam na área de doação de órgãos e tecidos. Diante disso é enfatizada a importância de serviços de acolhimento psicológico aos profissionais e educação continuada.
Competências do enfermeiro membro da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes.	Evaldt, C. F., Barilli, S. L. S., Treviso, P., Specht, A. M., Rosa, F. S.	Rio Grande do Sul, 2022.	Identificar as competências do enfermeiro membro da CIHDOTT por meio de suas funções exercidas e relatadas.	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Foram incluídos enfermeiros membros da CIHDOTT selecionados por meio da técnica Bola de Neve. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e a análise dos dados ocorreu por agrupamento temático, utilizando o referencial de Minayo.	Destaca-se o papel essencial do enfermeiro desde o acolhimento familiar até a entrega do corpo já reconstituído à família. Também destaca a sensibilidade que permeia todo o processo por parte dos profissionais da saúde, o que impacta no resultado da entrevista familiar.
Entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos: pressupostos de uma boa prática.	Knihs, N. S., Martins, S. R., Magalhães, A. L. P., Ramos, S. F., Sell, C. T., Koerich, C. & Brehmer, L. C. F.	Santa Catarina, 2021.	Identificar informações que possam subsidiar a elaboração de pressupostos de boas práticas para o desenvolvimento da entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos.	*Scoping study* realizado em dois hospitais da Região Sul do Brasil, que inclui a revisão integrativa e entrevista a 15 famílias que vivenciaram a entrevista familiar para a doação de órgãos. Utilizou-se a análise de conteúdo e o modelo de entrevista familiar de Alicante para análise de dados.	É enfatizada a importância do apoio à família no pós-óbito, o tempo de assimilação da perda e o planejamento da entrevista familiar, considerando o modelo de Alicante e as habilidades que o entrevistador deve ter em cada etapa.
Abordagem do enfermeiro à família no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos.	Silva, P. L. N., Ramos, L. D., Fagundes, L. T. S., Alves, C. R., Fonseca, A. D. G., Santos, C. L. S. & Miranda, F. B.	Minas Gerais, 2020.	Identificar a percepção do enfermeiro na abordagem familiar durante a atuação no processo de captação e doação e transplante de órgãos e tecidos (DTOT).	Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa realizado em hospital de MG com 5 enfermeiros da CIHDOTT por intermédio de entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo para análise de dados.	Ainda são identificados alguns empecilhos no processo da entrevista relativos ao local de realização e questões éticas e legais, assim, a ênfase é posta na necessidade de maior capacitação, pesquisa, educação em saúde, e divulgação do processo da doação de órgãos e tecidos.
Abordagem familiar para a doação de órgãos: percepção dos enfermeiros.	Marcondes, C., Costa, A. M. D., Pessôa, J. & Couto, R. M.	Paraná, 2019.	Identificar a percepção de enfermeiros sobre a abordagem familiar para a doação de órgãos.	Estudo qualitativo, explicativo e exploratório realizado com 6 enfermeiros de duas instituições por intermédio de entrevistas abertas e análise de conteúdo para a análise de dados.	Considera-se importante que a entrevista seja realizada em local adequado e que haja investimento dos profissionais no aperfeiçoamento e treino das habilidades técnicas e aspectos éticos e legais, e a educação em saúde.
Vivências e estratégias de uma organização de procura de órgãos.	Andrade, J. D. A., Brito, A. C., Lira, G. G., Fernandes, F. E. C. V. & Melo, R. A.	Pernambuco, 2018.	Conhecer as vivências e estratégias utilizadas pelos profissionais de uma organização de procura de órgãos na efetividade do processo de doação.	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório com 7 profissionais da saúde por intermédio de entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo para a análise de dados.	O acolhimento da família, vinculação, esclarecimento de dúvidas sobre o processo, e educação continuada são estratégias que auxiliam na mudança no cenário da doação e transplante de órgãos e tecidos.
Captação de múltiplos órgãos: os desafios do processo para os profissionais da saúde e familiares.	Leite, N. F., Maranhão, T. L. G. & Farias, A. A.	Ceará, 2017.	Analisar os aspectos que envolvem profissionais da saúde e familiares no processo de captação de múltiplos órgãos na perspectiva dos enfermeiros.	Pesquisa de campo de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória que utilizou entrevistas e análise de conteúdo para a análise de dados.	O profissional da Psicologia contribui com o acolhimento da família e escuta de aspectos subjetivos do processo de luto, compreensão do diagnóstico de ME e do processo de doação e transplante de órgãos e tecidos.
Entrevista familiar para doação de órgãos: conhecimentos necessários segundo coordenadores em transplantes.	Fonseca, P. I. M. N., Tavares, C. M. M., Silva, T. N., Paiva, L. M. & Augusto, V. O.	Rio de Janeiro, 2016.	Compreender a importância atribuída à entrevista familiar dentro dos passos da doação de órgãos pela equipe multidisciplinar de coordenadores avançados em transplantes.	Estudo hermenêutico interpretativo de abordagem qualitativa que utiliza entrevistas semiestruturadas com 24 sujeitos.	Os coordenadores de transplante consideram a entrevista familiar um instrumento educacional e de apoio emocional em que os entrevistadores lançam mão de conhecimentos técnicos e sobre o potencial doador, o que reflete no acolhimento familiar.

Quanto ao delineamento metodológico dos trabalhos selecionados, dois são estudos descritivos de abordagem qualitativa, dois são estudos descritivos e exploratórios de

abordagem qualitativa, um é um estudo explicativo e exploratório de abordagem qualitativa, um é um *Scoping Study*, um é uma pesquisa de campo descritiva e exploratória de abordagem qualitativa e um é um estudo hermenêutico interpretativo de abordagem qualitativa.

Dentre os oito trabalhos selecionados, em quatro deles o público entrevistado era composto apenas por enfermeiros, um apenas por familiares que vivenciaram a entrevista familiar para a doação de múltiplos órgãos, um por profissionais enfermeiros e médicos, e dois por profissionais enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais.

Nesse sentido, considerando todos os estudos descritos e organizados em termos regionais, 3 são da Região Sul, 3 são da Região Nordeste e 2 são da Região Sudeste. Quanto às áreas profissionais de cada estudo, todos foram realizados e publicados por profissionais de Enfermagem, com exceção do trabalho de Leite et al (2017), da área de Psicologia. Assim, compreende-se a necessidade de realização de mais pesquisas por profissionais de outras áreas, incluindo a Psicologia Hospitalar.

A análise qualitativa a seguir, foi organizada a partir de 7 tópicos: vinculação entre a família e a equipe assistencial; comunicação da morte encefálica e o acolhimento familiar; organização e planejamento para a entrevista familiar; ambiente mais adequado para a realização da entrevista; vinculação com a equipe da comissão intra-hospitalar; apresentação do tema da doação na entrevista familiar; comunicação e educação para a doação na entrevista familiar; sensibilidade com relação ao tempo da família.

ANÁLISE QUALITATIVA

Na presente seção, será feita a demarcação das semelhanças e diferenças entre a entrevista familiar para a doação de múltiplos órgãos no contexto do potencial doador diagnosticado com morte encefálica (ME) e a entrevista familiar para a doação de córneas e outros tecidos no contexto do potencial doador com coração parado (PCR), com base na literatura já produzida e identificando possíveis brechas a partir das quais novas pesquisas podem se debruçar, contribuindo para a produção científica da área.

1. Vinculação entre a família e a equipe assistencial

Segundo o trabalho de Evaldt et al (2022), para além do conhecimento técnico e científico por parte dos profissionais que atuam no campo da doação e transplante de órgãos e tecidos, faz-se importante o desenvolvimento de características relevantes para uma maior aproximação dos familiares que vivenciam esse cenário, como: a sensibilidade pelos aspectos emocionais e subjetivos que circundam a vivência familiar; pela causa política da doação de órgãos e tecidos; cuidado com relação ao protagonismo da família no seu próprio tempo de tomada de decisão; habilidades como liderança, comunicação, e comprometimento com a realização de um trabalho sério nesse contexto. Diante disso, serão apresentados alguns aspectos sensíveis e de acolhimento no trabalho da equipe diante das famílias, antes e após a comunicação da morte no processo de doação e transplante.

No momento anterior ao processo da doação de órgãos e tecidos para transplantes, quando o paciente encontra-se internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ou qualquer outra unidade hospitalar, com suspeita de morte encefálica (ME), o estabelecimento de um vínculo de confiança entre os profissionais da equipe assistente e os membros da família é importante para a potencialização das chances de decisões favoráveis à doação de órgãos e tecidos para transplantes, como aponta Evaldt et al (2022), que enfatiza a centralidade da figura nesse processo.

Além disso, o trabalho de Evaldt et al (2022) aponta o acolhimento pregresso da família com paciente em suspeita diagnóstica de ME como um momento possível para a identificação de prováveis necessidades da família no futuro, sendo também as observações nesse período bases para o planejamento de futuras intervenções, em caso de fechamento e confirmação do diagnóstico de ME, para a comunicação da morte, acolhimento de óbito, e entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes. Também, durante o andamento do protocolo de ME, é importante que os profissionais possibilitem a participação da família em todas as etapas do processo, sendo essa atitude, segundo Knihs et al (2021), um fator protetivo à não compreensão da ME como morte real.

O estabelecimento de um vínculo entre os profissionais da equipe assistencial pode ser promovido a partir do acolhimento precoce da família, momento em que alguns fatos podem ser antecipados para sanar dúvidas que possam surgir. Além disso, é nesse contexto que ocorre o enfrentamento da morte enquanto possibilidade, e, nesse sentido, é importante que a equipe forneça apoio e transparência sobre a situação clínica em que se encontra o paciente, preparando a família para a perda iminente. (Andrade et al, 2018). A pesquisa de

Fernández-Alonso et al (2022) corrobora com essa perspectiva, ao afirmar que a formação do vínculo prévio com a equipe proporciona uma abertura ao enfrentamento da possibilidade da morte enquanto a família acompanha a realização dos exames do protocolo de ME, e após a certeza do óbito. Os familiares entrevistados no referido trabalho expressam a importância do acolhimento que obtiveram das equipes intensivistas; da preocupação dos profissionais com o conforto e privacidade dos entes queridos; e da flexibilização das regras das unidades quanto ao tempo de duração das visitas e quantidade de familiares.

A pesquisa de Andrade et al (2018) aponta que algumas equipes negligenciam os cuidados ao paciente em ME por esse ser um paciente falecido, entretanto, esse corpo representa uma pessoa que, embora tenha morrido, não pode ter os seus cuidados desconsiderados e desrespeitados, além de trazer si, potencialmente, a possibilidade de uma doação. Tal contexto é trazido também na pesquisa de Sodré (2022), em que um dos profissionais entrevistados aponta que muitas vezes há uma transferência dos cuidados e responsabilidades próprios da equipe assistencial à equipe da OPO/CIHDOTT.

Também há de se considerar que a percepção negativa da família com relação à assistência ofertada pela equipe, importante para a estruturação de um vínculo, pode ser motivo de recusa para a doação de órgãos e tecidos para transplantes (Cajado, 2019). Dessa forma, faz-se relevante que a consciência da equipe multiprofissional ao cuidado aplicado durante os atendimentos aos potenciais doadores desde o início da internação, até o momento da entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos (Leite et al, 2017).

2. Comunicação da morte encefálica e o acolhimento familiar

A comunicação de notícias difíceis é descrita na pesquisa de Sodré (2022) como um dos momentos difíceis da prática da equipe, pois muitas vezes não se conhece o grau de compreensão e aceitação dos membros da família do potencial doador sobre a gravidade do quadro clínico. Trata-se de um papel complexo que exige sensibilidade, flexibilidade, conhecimento técnico, acolhimento e conhecimento sobre a família e sobre o contexto em que ela está inserida. Igualmente, o trabalho de Fonseca et al (2016) aponta que os coordenadores de transplantes entrevistados consideram importantes algumas características dos entrevistadores, como a escuta sensível, percepção do tempo específico de cada família,

entendimento da relevância dos momentos de silêncio para a expressão livre dos sentimentos das pessoas entrevistadas e o preparo emocional dos profissionais.

Tal cenário tende a reverberar fantasias que deixam a equipe angustiada, como por exemplo a possibilidade da família entender o contexto da morte encefálica (ME) como um descaso ou falta de cuidado dos profissionais. Diante disso, muitos profissionais acabam buscando mecanismos de fuga que operam, muitas vezes, inconscientemente, como atitudes de distanciamento, diálogos sem profundidade e com pouca vinculação com os familiares enlutados (Sodré, 2022).

Embora seja um momento estressante aos membros da equipe de saúde, por lidar diretamente com o luto dos familiares, na comunicação do óbito do paciente à família, após a confirmação da morte, eles devem utilizar a linguagem objetiva, honesta, clara e que evite termos técnicos que embacem a compreensão dos receptores da mensagem, respeitando sempre o tempo de assimilação e espaço para que os familiares possam tirar todas as suas dúvidas (Knihs et al, 2021). Segundo Rieth & Viana (2024), a clareza na linguagem tende a situar a família com as informações mais essenciais para que tenha compreensão e autonomia para a tomada de decisão sobre a doação.

Sodré (2022), acrescenta, ainda, que existem alguns protocolos que podem servir de referencial técnico para os profissionais na comunicação de notícias difíceis, como o protocolo Spikes e o modelo espanhol de Alicante para a comunicação de notícias difíceis, utilizado na pesquisa de Knihs et al (2021) para a elaboração de seus pressupostos para boas práticas na entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos. O segundo norteia os treinamentos ofertados em todo o Brasil, principalmente através das CETs (Centrais Estaduais de Transplante).

Nessa etapa do processo, o entendimento da família sobre o diagnóstico de ME como morte real é importante para garantir que ela tenha autonomia para a decisão sobre a doação. Porém, a falta de compreensão a respeito da ME e a pressão da equipe para que a família ofereça uma resposta mais rápida são os principais motivos para a recusa familiar, o que torna essa etapa um passo de extrema importância. A disponibilização de um tempo para que os familiares possam assimilar a morte do ente querido parece ser a melhor estratégia para o manejo desse momento para Knihs et al (2021).

Torna-se também necessário considerar a especificidade dos contextos da morte encefálica (ME) e da morte por parada cardiorrespiratória (PCR). Para Nuevo & Rocha (2021), a cultura ocidental está centrada na associação da morte com a cessação das funções cardiorrespiratórias, ou seja, quando se afirma que um paciente com ME está morto, ainda que as referidas funções estejam em funcionamento, subverte a lógica centrada no coração, o que justifica a dificuldade de compreensão de algumas famílias.

Nesse sentido, Santos et al (2012) complementa que quando o paciente morre por PCR ocorre menos impasses referentes à compreensão dos entes queridos, e Silveira et al (2017) endossa tal perspectiva ao afirmar que a informação da PCR geralmente é significada pela família como a certeza de que não há possibilidade do organismo retornar à vida, ocasionando um momento de sofrimentos agudos que precisam ser acolhidos. Trata-se de um fenômeno cujas características de pele fria e pálida, ausência de batimentos cardíacos e ventilação espontânea reforçam o referido significado, tornando menos desafiadora a comunicação da morte, segundo Soares et al (2023). Em contraste, quando o paciente morre com diagnóstico de ME, muitas vezes acontece de a família nutrir crenças esperançosas de reversão do quadro clínico (Santos & Massarollo, 2011).

Quanto à presença ou ausência de informação nessa etapa do processo a respeito do diagnóstico de ME, trata-se de uma questão que influencia também, muitas vezes, no tempo de duração do processo como um todo, tal como o prolongamento do sofrimento da família. Diante disso, é importante que a família esteja ciente do que se trata desde a abertura do protocolo de ME, tendo as suas dúvidas sanadas desde o começo. A longo prazo, a incompreensão sobre a ME como morte propriamente dita, ainda que haja batimentos cardíacos e respiração controlada por ventilação mecânica, pode prejudicar o processo da doação de órgãos e tecidos para transplantes através de interpretações errôneas como a de que a decisão pela doação e transplante seria uma autorização da família para induzir o paciente à morte (Silva et al, 2020).

A comunicação da morte é um processo que mobiliza muitos afetos, podendo provocar alterações cognitivas, emocionais, físicas e na dinâmica familiar, sendo necessário o apoio, acolhimento e respeito à vivência das dores e do processo de elaboração da morte de cada membro. Além disso, conforme o Modelo Espanhol, é importante que os familiares possam ter um espaço de expressão e vazão dos afetos mobilizados que pode ser ofertado através da escuta ativa, apoio e empatia, que auxiliam no processo de restabelecimento

emocional da família após o impacto da notícia da morte do familiar (Knihs et al, 2021). Tal perspectiva corrobora com o estudo realizado por Marcondes et al (2019), que acrescenta a importância de a equipe possibilitar o esclarecimento de dúvidas e o apoio emocional e psicológico aos familiares nesse processo.

Tal como outros profissionais do campo, o acolhimento psicológico tem uma função importante para o acolhimento do luto, expressão dos sentimentos e construção/manutenção do vínculo na díade família-equipe através da potencialização do diálogo e mediação de conflitos. Além disso, o acolhimento psicológico no contexto de luto tem uma importante finalidade psicoprofilática a sintomas psicopatológicos, como o luto complicado, que se presentifica na investigação e concretização de rituais de despedida e auxílio na elaboração da perda do ente querido (Rieth & Viana, 2024).

Em acréscimo, Sodré (2022), aponta que a pandemia de Covid-19 trouxe um novo contexto em que foram necessárias algumas medidas adaptativas dos serviços hospitalares. Quanto ao acolhimento familiar para o estabelecimento de um vínculo, especificamente, esse tornou-se um processo que passou a ser realizado remotamente, em videochamadas, o que dificultou consideravelmente a participação dos familiares nas etapas do processo do protocolo de ME, tornando o momento mais impessoal. De forma geral, o contexto pandêmico potencializou o sofrimento das pessoas que, distantes dos seus familiares, na impossibilidade de vê-los “olho no olho” ou de tocá-los, ainda se encontravam em uma posição de não ter a oportunidade de vincular-se com a equipe de saúde, ter uma escuta qualificada e acolhimento necessário no momento da dor.

3. Organização e planejamento para a entrevista familiar

Toda e qualquer entrevista familiar no contexto da doação e transplante de órgãos e tecidos é singular, pois trata-se de um encontro de dois ou mais seres humanos carregados de subjetividade, assim, não existe a possibilidade de padronizar o processo de forma a chegar ao consentimento através de um conjunto de passos preestabelecidos (Santos & Massarollo, 2011). Porém, ainda que se afirme a singularidade enquanto condição inexorável desse contato, tal fato não exime os profissionais de planejar a entrevista em suas etapas, discutindo o posicionamento do entrevistador diante das famílias, suas atitudes, e características do conjunto familiar (Santos et al, 2012).

O planejamento no processo da entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes está ancorado em processos de organização, detalhamento e discussão sobre o horário e o ambiente mais adequado para a realização da comunicação da morte encefálica e da entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos, os profissionais que serão responsáveis pela comunicação da morte do paciente e pelo contato com a família para informar sobre a doação como possibilidade, e os familiares que deverão estar presentes no referido momento. Segundo Knihs et al (2021), tais procedimentos organizativos tendem a minimizar a ansiedade da equipe e criar uma relação de confiança bem estabelecida entre os profissionais da saúde e a família.

Diante da necessidade de planejar a entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes, é importante considerar: limitações; aspectos culturais e cognitivos dos familiares; respeito ao silêncio necessário no processo de compreensão da morte e da possibilidade da doação; a historicidade, singularidade e crenças de cada sujeito e família. Além disso, cabe à equipe da CIHDOTT convocar os familiares, sondando o que está registrado nos boletins médicos realizados durante a realização do protocolo de ME, e o que eles estão compreendendo sobre a gravidade e prognóstico (Sodré, 2022). Também é relevante ao planejamento a identificação dos familiares com maior poder de decisão sobre a doação, aqueles que mais compreendem sobre o acompanhamento que o paciente teve no hospital, e aqueles que estão mais emocionalmente abalados (Andrade et al, 2019).

Nesse sentido, Santos & Massarollo (2011), complementam que é relevante considerar no planejamento as situações que possam ser empecilhos para os profissionais que irão conduzir a entrevista familiar para a doação, se esta ocorrerá conjuntamente com a comunicação da ME, ou em outro momento após a comunicação médica da ME. Considera-se também o contexto da mobilização psíquica aguda; a possibilidade da negação da morte e crença na reversão do quadro clínico atrelada ao discurso religioso; realização da entrevista em uma posição física alinhada ao campo de visão dos familiares, evitando, por exemplo, entrevistar em pé, enquanto a família está sentada.

Por mais que os processos organizativos e de planejamento sejam importantes, a centralidade de todo o processo deve ser o acolhimento e compreensão das famílias enlutadas que subsidie os familiares a tomarem a decisão mais apropriada dentro do seu próprio contexto e a partir de si, assim, o respeito aos processos decisórios singulares é mais importante do que a aumentar as doações (Leite et al, 2017).

Especificamente na entrevista familiar para a doação de córneas e outros tecidos para transplantes, no caso em que o potencial doador é um paciente falecido com coração parado, é importante conhecer os principais motivos da recusa familiar a fim de traçar as melhores estratégias de planejamento da entrevista. Nesse sentido, Prado et al (2013) aponta que muitos familiares desconhecem a possibilidade da doação de tecidos sem que haja deformação no corpo do ente querido e do processo de reconstituição do corpo de forma condigna após a captação dos tecidos. Diante disso, os autores propõem medidas educativas de forma antecipada para sanar as crenças errôneas que se apresentam nesse contexto.

Existe também uma limitação no planejamento prévio da entrevista familiar para a doação de tecidos no que tange ao fenômeno da parada cardiorrespiratória (PCR) e suas particularidades. Em contraste ao contexto da ME, em que há a abertura do protocolo em um período de tempo possível para a construção do vínculo e elaboração da possibilidade da morte do ente querido mediante o acompanhamento dos exames, a PCR ocorre repentinamente, reverberando sentimentos de choque e sofrimento psíquico agudo (Silveira et al, 2017). No segundo caso, as temporalidades são outras, aspecto esse pouco explorado pela literatura científica do campo no que se refere tanto ao acolhimento e condução da entrevista familiar na ausência de um vínculo bem estabelecido com a família dado o caráter repentino do fenômeno, quanto ao planejamento da entrevista familiar.

3.1. Ambiente mais adequado para a realização da entrevista

A ambiência é um aspecto importante a ser abordado no processo de planejamento e os profissionais devem estar capacitados para a construção de um lugar propício e confortável para a realização da entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes (Evaldt et al, 2022). O trabalho de Silva et al (2020) corrobora com essa perspectiva ao afirmar que a realização da entrevista é facilitada quando ocorre em lugar tranquilo, aconchegante, reservado e privativo para que sejam passadas as informações necessárias e para que ocorra um diálogo entre família e equipe sem que haja interrupções e ruídos. Também, Cajado (2019), refere que um número de entrevistadores maior que o de familiares presentes, no momento da entrevista, tende a gerar a impressão de que a família está sendo pressionada a decidir pela doação, sendo esse outro fator importante a ser considerado nos processos de análise da recusa familiar.

A noção apresentada corrobora também com o estudo de Marcondes et al (2019) que acrescenta que a realização da entrevista familiar em corredores da instituição da saúde ou à beira do leito do paciente falecido são atitudes inapropriadas. Nesse sentido, a entrevista familiar é prejudicada também em ambientes desorganizados, sem privacidade para a família, com trânsito intenso de pessoas, sem assentos e com ruídos, culminando, muitas vezes, na recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos.

Tal questão é amplamente discutida pela literatura científica que se debruça sobre a temática da entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes, entretanto, as recomendações científicas se deparam, muitas vezes, com a ausência de infraestrutura hospitalar e com a falta de capacitação dos profissionais para a realização dessa etapa, ainda que exista um ambiente reservado para isso (Silva et al, 2020).

4. Vinculação com a equipe da comissão intra-hospitalar

Na pesquisa feita por Evaldt et al (2022), os enfermeiros da comissão intra-hospitalar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes (CIHDOTT) que foram entrevistados apresentaram em seus discursos a falta de vinculação prévia da equipe da CIHDOTT, e os familiares do paciente falecido, como um dificultador do processo da entrevista, em contraste ao que ocorre com a equipe assistencial de cuidados. Nesse contexto, as unidades, de forma geral, orientam que os profissionais que realizam a entrevista familiar para a doação não sejam da equipe que prestou assistência ao paciente e à família anteriormente, com o intuito de evitar que a família signifique o vínculo pregresso como uma relação construída no interesse pelos órgãos e tecidos do potencial doador.

Esse manejo se assemelha ao que refere Rech & Rodrigues Filho (2007) como técnica de desacoplamento, em que o médico comunica a morte encefálica (ME) e, somente depois de um tempo, para que a família assimile a notícia da morte, ela deverá ser abordada por uma profissionais diferentes daquela que prestou cuidados ao paciente para falar sobre a possibilidade da doação e transplante de órgãos e tecidos. Os autores complementam que o referido cenário pode ser conduzido por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais capacitados, desde que não tenham vínculo prévio com os familiares e não façam parte da equipe assistencial.

Vale ressaltar que essa posição do autor Rech & Rodrigues Filho (2007) é polêmica em função de ser uma proposta que nem todos os profissionais envolvidos no processo de doação concordam.

Para Sodré (2022), embora haja a predominância da noção de um rompimento com a equipe assistencial na etapa da entrevista, a ausência de vinculação poderá gerar insegurança entre os entrevistadores e os familiares, além de que uma comunicação mal conduzida dificilmente poderá levar ao êxito do consentimento familiar à doação de órgãos e tecidos. Além disso, quando não existe vínculo e a família não se sente acolhida e confiante no processo, na maioria dos casos, ela tenderá à não doação.

A maioria dos trabalhos aqui discutidos defendem que a realização da entrevista familiar deve ocorrer por uma equipe diferente da que presta assistência ao potencial doador, como as equipes específicas de CIHDOTTs ou OPOs, o que ocorre no trabalho de Leite et al (2017), por exemplo, por terem maior capacitação e treinamento técnico para a condução da entrevista familiar e para situar os familiares no contexto da doação e transplante com informações adequadas.

Diante disso, Evaldt et al (2022) propõem que os profissionais da CIHDOTT que encontrarão os familiares para a realização da entrevista familiar para a doação, na impossibilidade da construção de um vínculo prévio, deverão apropriar-se da condição clínica em que o paciente se encontrava desde a entrada na instituição, corroborando com o trabalho de Knihs et al (2021), que aponta a importância dessa aproximação em seu conjunto de pressupostos de boas práticas para a entrevista familiar.

Mas até que ponto essa apropriação do entrevistador garante a construção de um vínculo ou maior consentimento das famílias sobre a possibilidade da doação de órgãos e tecidos?

Em contraste às perspectivas anteriores, Cajado & Franco (2016) recomendam que os profissionais responsáveis pela entrevista para a doação estejam presentes no momento em que o médico for comunicar a ME aos familiares, para, assim, realizar o acolhimento da família diante do sofrimento psíquico e uma possível construção do vínculo, sendo esse um momento em que tais profissionais terão acesso a conteúdos de possíveis reações subjetivas e/ou negativas na etapa da entrevista para a doação. Essa noção rompe com a suposta necessidade da ausência da equipe assistencial na entrevista familiar, ou técnica de

desacoplamento, oferecendo uma continuidade dos cuidados de uma equipe conhecida pelos parentes e amigos do potencial doador.

5. Apresentação do tema da doação na entrevista familiar

O momento da introdução do tema da doação de órgãos e tecidos para transplantes também é descrito no trabalho de Sodré (2022) como um dos momentos mais difíceis, pois no ato de dar abertura à possibilidade da decisão familiar pela autorização do processo há uma reafirmação da morte do ente querido. Nesse contexto, é importante demarcar o que traz Cajado (2017), quando afirma que a comunicação da ME e a entrevista familiar para a doação são complementares, pois é impossível iniciar a segunda sem que a família tenha compreendido a ME como sendo, de fato, a morte. Caso seja realizada a referida etapa sob essas circunstâncias, geralmente o resultado mais provável, descrito na literatura, é a recusa familiar.

Quanto ao melhor momento para a apresentação da doação de órgãos e tecidos para transplantes, o psicólogo hospitalar tem como uma de suas principais funções a mediação da comunicação na díade família-equipe e, nesse sentido, com uma percepção mais apurada dos processos subjetivos, pode prestar auxílio à equipe na identificação e sinalização do momento mais adequado a partir do tempo de específico de elaboração de cada família, buscando alcançar uma sincronização dos tempos de compreensão da família e da equipe. Além disso, faz-se importante a presença do psicólogo na entrevista familiar para contribuir para uma tomada de decisão mais alinhada ao desejo da família (Rieth & Viana, 2024).

Evaldt et al (2022) explana que o trabalho realizado na área da doação e transplante de órgãos e tecidos, no que tange ao encontro dos profissionais com os familiares, possibilita a apresentação de outras perspectivas a respeito da morte que distanciam o parâmetro de finitude, de forma a confortar os familiares com a possibilidade de salvar ou ofertar melhores expectativas de vida para pacientes com doenças crônicas e que aguardam na lista de espera pelo procedimento. Nesse sentido, algumas famílias buscam ressignificar a morte do ente querido optando pelo processo da doação de órgãos e tecidos para transplantes, assim, os autores apontam o enfermeiro como um profissional essencial para o gerenciamento do processo de uma forma que ocorra o mais rápido possível a fim de evitar maiores sofrimentos e transtornos à família, e sempre confortando os familiares.

A pesquisa de Silva et al (2020) traz a figura do enfermeiro como um veículo para a condução e ambientação de todo o processo de forma a intermediar e inspirar os familiares em meio ao seu processo de decisão sobre doar ou não doar, funcionando enquanto ponte em que transitam as orientações. Nesse contexto, um recurso estratégico sugerido pelo referido estudo é a utilização da empatia direcionada a gerar um sentimento de solidariedade nos familiares ao se colocarem no lugar da família e do paciente que encontra-se na fila de espera para o transplante de múltiplos órgãos e tecidos.

Entretanto, o referido manejo pode ser arriscado e bastante mobilizador diante de uma família enlutada, que precisa tomar a decisão a partir de seus próprios significados, no exercício de sua autonomia. Nesse sentido, Cajado (2019) afirma que a apresentação da doação como possibilidade deve ser feita de forma cuidadosa e sem sensacionalismos a respeito dos benefícios que tal procedimento trará para outras famílias que aguardam na fila de espera pelo transplante.

Tal atitude pode ser utilizada no sentido de mobilizar alguma reflexão, apresentando a doação de órgãos e tecidos como uma opção que pode proporcionar expectativa de vida para outras pessoas que necessitam do procedimento, pois o profissional não deve impor o seu ponto de vista sobre a doação de órgãos ou julgar a decisão da família (Silva et al, 2020). Tal posição corrobora com o trabalho de Andrade et al (2018) que complementa que o momento da entrevista não objetiva o convencimento à doação de órgãos, mas proporcionar um acolhimento humanizado. Os autores compreendem a humanização do processo de doação como o acompanhamento e apoio dos familiares, almejando a redução do mal estar da família, o oferecimento recursos que possibilitem o enfrentamento da perda do familiar, e criando uma rede de apoio com a equipe de saúde.

A entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes, antes de ser um momento em que se aplicam técnicas de comunicação de notícias difíceis, é um contexto em que é necessário o acolhimento dos familiares e apoio emocional prestado através da escuta e compartilhamento de emoções e reações diante da morte do ente querido e da possibilidade da doação de órgãos que é apresentada (Fonseca et al, 2016).

No processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes, o entrevistador que encontra a família para apresentar a possibilidade da doação de órgãos precisa ter não só habilidades técnicas necessárias à condução do processo, mas também algumas

características sensíveis e que levem em conta os fatores psicossociais e subjetivos que são expressos. Nesse sentido, os coordenadores de transplante entrevistados no trabalho de Fonseca et al (2016) apontam como habilidades importantes ao entrevistador: carisma, sensibilidade, bom-senso, transmissão de emoções, autoconhecimento, empatia, escuta ativa, saber quando permanecer em silêncio, saber identificar o tempo da família, etc.

Muitas vezes, na entrevista familiar, a decisão sobre doar ou não doar é atravessada por divergências de opiniões entre os membros da família, dúvidas e inseguranças, principalmente quando o paciente não manifesta, em vida, o desejo por doar ou não doar os seus órgãos e tecidos. Diante disso, para Silva et al (2020), cabe aos profissionais da enfermagem informá-los dos benefícios do processo.

Em acréscimo às perspectivas expostas, segundo Marcondes et al (2019), a apresentação sobre a doação de órgãos e tecidos para transplantes pode ser feita através dos discursos que trazem a afirmação desse processo enquanto um direito dos familiares, para além das afirmativas que referem a doação como opção, possibilidade e potencialidade de salvar outras vidas. Caso a família não recorra à doação, ela deve ser informada de que todo o suporte avançado de vida será interrompido, e o corpo entregue à família para a realização dos cortejos fúnebres. Santos et al (2012) acrescenta que não cabe aos profissionais julgar a decisão da família pela não doação, mas respeitar a decisão diante de seu momento de sofrimento.

6. Comunicação e educação para a doação na entrevista familiar

Durante a entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes é importante que o entrevistador tenha competência para identificar se a morte do ente querido foi de fato assimilada pelos familiares através da observação de suas expressões verbais e não verbais, que podem comunicar direta ou indiretamente os sentimentos mobilizados e as fases de elaboração do luto (Knihs et al, 2021). Tal perspectiva corrobora com o trabalho de Leite et al (2017), que considera aspectos importantes para a entrevista familiar: a opinião, conhecimento, esclarecimento e compreensão da evolução do quadro clínico e procedimentos realizados no potencial doador.

Para Fonseca et al (2016), a entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes, antes de ser um momento em que se apresenta a opção da doação de órgãos e tecidos, caracteriza-se como um contexto em que se apresenta sobre todo o funcionamento desse processo e se presta esclarecimentos sobre o diagnóstico de ME que não tenham sido sanados em etapas anteriores.

No contato com a família durante a entrevista, os profissionais devem estar capacitados para prestar esclarecimentos aos familiares a respeito do diagnóstico de ME e sobre o próprio funcionamento do processo da doação de múltiplos órgãos e tecidos para transplantes, a fim de que não restem brechas para interpretações errôneas dos familiares, sempre respeitando o tempo para a tomada de decisão (Evaldt et al, 2022).

Uma vez que a falta de informação sobre o diagnóstico de ME e sobre o processo da doação de órgãos e tecidos para transplantes contribui para a recusa familiar, faz-se importante que o profissional responsável por conduzir a entrevista familiar tenha um amplo conhecimento a respeito da ME e de todos os passos da doação e transplante de órgãos e tecidos (Evaldt et al, 2022). Nesse sentido, Sodré (2022) sustenta que os hospitais e serviços especializados no processo da doação de órgãos e tecidos invistam na educação continuada de seus profissionais, sendo esse um dos pilares do SUS preconizado na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Leite et al (2017) apontam que os familiares, nesse momento, podem apresentar dúvidas quanto à validade do protocolo de ME, do diagnóstico da morte encefálica e possível reversão do quadro clínico; sobre o tempo de duração para a captação dos órgãos e/ou tecidos para o transplante; sobre a possibilidade de conhecerem os receptores dos órgãos doados por algumas famílias acreditarem que parte do doador estará viva nos receptores; sobre possíveis marcas do procedimento de captação de órgãos e tecidos do doador falecido. Nesse sentido, é importante que os familiares estejam cientes dos procedimentos que são realizados no paciente, antes, durante e após a doação, no processo de reconstituição do corpo e no tempo de entrega do corpo aos familiares.

Quanto ao caráter educativo da entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos, Marcondes et al (2019) aponta a importância de o entrevistador informar sobre o funcionamento do processo de doação e transplante em todas as suas etapas, além, também,

do diagnóstico de ME, embora esse segundo deva já ser explicado pelos profissionais das unidades hospitalares aos familiares desde a abertura do protocolo de ME.

Nesse sentido, Andrade et al (2018) acrescenta que os processos educativos são capazes de reduzir mitos e crenças errôneas, atividade que deve ocorrer na entrevista familiar, esclarecendo dúvidas e desfazendo confusões. Para os referidos autores, a educação proporciona aos familiares o desenvolvimento de um pensamento crítico, reflexivo e capaz de tomar decisões de forma embasada, em pleno exercício de sua autonomia. Prado et al (2013) acrescenta que, no contexto da entrevista familiar para a doação de córneas e outros tecidos para transplantes, o entrevistador antecipe possíveis dúvidas sobre a reconstituição do corpo do ente querido após a captação dos tecidos.

7. Sensibilidade com relação ao tempo da família

Além do ambiente, segundo Knihs et al (2021), o processo de doação e transplante de múltiplos órgãos e tecidos caracteriza-se como um campo em que se atravessam diversas cronologias: o tempo da família que acaba de receber a notícia da morte de um ente querido, o tempo da equipe que comunica a notícia e o tempo da equipe de transplante que aguarda a decisão da família acerca da doação de órgãos e tecidos. Tais atravessamentos temporais tendem a ser grandes desafios para o gerenciamento dos atores envolvidos no processo.

Nesse contexto, Cajado (2011), partindo de uma perspectiva psicanalítica, traz a noção lacaniana de que o tempo lógico do inconsciente está embasado em três concepções temporais: instante de ver; tempo de compreender; momento de concluir. Tal articulação permite que a autora trace correlações entre os conceitos citados e o cenário do processo de doação e transplante, assim, o instante de ver se endereça ao momento em que a família se depara com a notícia da possibilidade da morte na abertura do protocolo de ME; já o tempo de compreender, a família participa do processo da realização dos exames para o diagnóstico de ME; e o momento de concluir está ligado ao momento em que a família se depara com a morte propriamente dita e com a doação enquanto possibilidade.

Na entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplantes, o entrevistador deve ser capaz de identificar o melhor momento para a apresentação da temática da doação de órgãos e tecidos para transplantes, sendo essa uma das principais

dificuldades abordadas por esse estudo, uma vez que muitos profissionais têm receio de intensificar a dor dos familiares ou causar mais sofrimento. Nesse sentido, a recomendação da escuta ativa faz-se relevante por ser capaz de captar as necessidades de conhecimento da família, perceber se já estão aptos para receber informações sobre a possibilidade da doação de órgãos e tecidos, sem incidir pressões ou limitações de tempo para que os familiares tomem uma decisão (Knihs et al, 2021).

Para Marcondes et al (2019), para a realização da entrevista e aproximação da temática da doação junto à família, deve-se considerar o grau de parentesco dos familiares, aspecto importante para a validação do consentimento da família, associado ao estado emocional em que os membros se encontram no momento, pois não é viável a realização da entrevista familiar enquanto eles estiverem em situação de crise proveniente do choque com a notícia do diagnóstico de ME.

Nesse campo, Marcondes et al (2019) demarca que a família necessita de tempo para a elaboração da perda recente do ente querido, devendo a equipe respeitar esse tempo, mostrando sensibilidade diante do sofrimento dos familiares e de suas solicitações. Nesse contexto, a equipe precisa construir um clima confortável para que a decisão seja tomada sem que haja pressão por parte dos profissionais entrevistadores. Também é necessário o respeito pelo sofrimento do outro sem uma conotação moral direcionada ao julgamento, compreendendo suas dores como parte do processo de luto, tido como uma experiência bastante singular (Sodré, 2022).

Considerando o contexto descrito, Sodré (2022) aponta que esse cenário é caracterizado também por uma gama de afetos e historicidades que precisam ser muito bem administradas e discutidas pelos profissionais da saúde, uma vez que muitas experiências, algumas positivas e outras, por vezes, frustrantes, marcam emocionalmente o cotidiano, o trabalho e os sujeitos da equipe. Embora as formações no campo da Saúde tenham valorizado nos últimos tempos a comunicação de notícias difíceis, tendendo a formar profissionais com uma postura técnica bem estabelecida, o aspecto emocional tem sido negligenciado, assim, tais profissionais sentem-se inseguros na realização do acolhimento dos familiares em uma situação de perda. Diante disso, a autora chama atenção para a necessidade da construção de espaços de compartilhamento de experiências emocionalmente marcantes e de acolhimento dos profissionais que atuam na área de doação e transplante de órgãos e tecidos.

Diante de um contexto em que há uma grande intensidade emocional em constante reverberação na equipe e nos familiares, o trabalho de Leite et al (2017) aponta a importância do profissional psicólogo no treinamento da equipe para o atendimento das necessidades específicas da família no acolhimento. Também é trazida a perspectiva de um trabalho transversal da Psicologia nas etapas de comunicação da morte encefálica e entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos. Tal profissional é capaz de estabelecer uma comunicação sobre a morte e sobre a despedida do ente querido, auxiliando na externalização de sentimentos, prestando suporte emocional e identificando possíveis rituais de despedida que possam ser importantes para os familiares, respeitando as vontades, limites e singularidades de cada membro da família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante ressaltar a carência de estudos que mencionam a entrevista familiar para a doação de córneas e outros tecidos no contexto do coração parado, e que discutam o processo de acolhimento, vinculação com a equipe assistencial e planejamento da entrevista. Também não foram encontrados muitos trabalhos que abordassem o papel dos profissionais psicólogos clínicos hospitalares inseridos no processo da doação de órgãos e tecidos para transplantes, e suas contribuições diante da subjetividade que se expressa nesse campo, tanto na família quanto nos profissionais de saúde da equipe multiprofissional, das OPOs e das CIHDOTTs.

Ainda assim foram encontrados na literatura vislumbres importantes que caracterizam as singularidades da entrevista familiar para a doação de córneas e outros tecidos em contraste com o contexto da morte encefálica (ME). Torna-se possível discutir sobre os impactos da perspectiva cultural da morte centrada no coração nos casos de parada cardiorrespiratória (PCR) e nos casos de ME, abordando diferenças contextuais sobre a comunicação do óbito, os impactos psicossociais e subjetivos na família, o período necessário para a compreensão da morte, a vinculação com a equipe assistencial, e a entrevista familiar.

Demarca-se também a importância da presença do psicólogo clínico hospitalar desde o agravamento do quadro clínico durante a internação do paciente nas unidades hospitalares, até a entrevista familiar para a doação de múltiplos órgãos e/ou tecidos para transplantes. Esse estudo reivindica que o referido profissional atue não apenas no momento da

comunicação da morte que se caracteriza, certamente, como possível mobilizador de uma crise subjetiva em que o sujeito demanda uma escuta qualificada e espaço de expressão, mas também na entrevista familiar, concebendo que esse momento reafirma o fato de que o paciente realmente faleceu e que, a partir daí, uma decisão importante precisa ser tomada pela família.

O trabalho teve como limitação a falta de publicações científicas sobre as especificidades que envolvem os contextos da ME e da PCR, considerando essa ser uma revisão integrativa de literatura. Torna-se necessário que mais pesquisas de campo sejam realizadas a fim de melhor definir as singularidades no manejo da entrevista familiar para a doação de múltiplos órgãos e da entrevista familiar para a doação de córneas e outros tecidos para transplantes.

REFERÊNCIAS

Andrade, D. C., Figueiredo, L. L., Albuquerque, J. B. R., Holanda, A. R., Siza, M. A. F. & Oliveira, P. C. A. (2019). Comunicação em situações críticas: influência no processo de doação de órgãos e tecidos. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde*, 1-12.

Andrade, D. C., Leonardo, T. G. M., Holanda, A. R., Siza, M. A. F., Maia, C. M. A. F. G., Oliveira, P. C. A. & Modesto, J. E. D. (2019). Enucleação do globo ocular: atuação do enfermeiro no processo de doação e captação das córneas. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde*, 9(1), 38-55.

Andrade, J. D. A., Brito, A. C., Lira, G. G., Fernandes, F. E. C. V. & Melo, R. A. (2018). Vivências e estratégias de uma organização de procura de órgãos. *Revista de Enfermagem UFPE On-line*, 12(4), 857-864.

Cajado, M. C. V. (2019). Doação de órgãos e tecidos para transplantes: recortes teóricos e versões familiares sobre a recusa. Tese de Doutorado. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Cajado, M. C. V. (2017). Experiências de familiares diante da possibilidade de doar órgãos e tecidos para transplantes. Revista Psicologia Diversidade e Saúde, 6(2), 114-120.

Cajado, M. C. V. & Franco, A. L. S. (2016). Doação de órgãos e tecidos para transplantes: impasses subjetivos diante da decisão familiar. Revista Baiana de Saúde Pública, 40(2), 480-499.

Cajado, M. C. V. (2011). Doar ou não doar, eis a questão: impasses subjetivos no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Dissertação de mestrado. Universidade Católica de Salvador.

Coelho, C. B. O. & Silva, D. S. (2013). Considerações da psicologia hospitalar sobre a entrevista familiar na doação de órgãos e tecidos. Revista Brasileira de Transplante, 15(4), 1703-1708. Disponível em: https://bjt.emnuvens.com.br/revista/article/view/188/175

Dupont, P., El-Dine, G. P. & Santos, S. K. Z. (2021). Relevância da comunicação de más notícias pelo profissional da saúde de maneira adequada: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(9), 1-7. DOI: https://doi.org/10.25248/REAS.e8695.2021

Evaldt, C. F., Barilli, S. L. S., Treviso, P., Specht, A. M., Rosa, F. S. (2022). Competências do enfermeiro membro da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. *Brazilian Journal of Transplantation*, 25(3), 1-8.

Fernández-Alonso, V., Palacios-Ceña, D., Silva-Martín, C. & García-Pozo, A. (2022). Experiências de famílias de doadores falecidos durante o processo de doação de órgãos: um estudo qualitativo. *Acta Paulista Enfermagem*, 1-8.

Fonseca, P. I. M. N., Tavares, C. M. M., Silva, T. N., Paiva, L. M. & Augusto, V. O. (2016). Entrevista familiar para doação de órgãos: conhecimentos necessários segundo coordenadores em transplantes. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental On-line*, 8(1), 3979-3990.

Grossi, M. G., Prado, L. B., Souza, G. P. S., Santos, J. P., Bezerra, A. S. M., Marcelino, C. A. G., Almeida, A. F. S. & Ayoub, A. C. (2014). Análise comparativa do consentimento familiar para doação de tecidos em função da mudança estrutural do termo de doação. *Revista Einstein*, 12(2), 143-8.

Issaho, D. C., Tenório, M. B. & Moreira, H. (2009). Principais variáveis envolvidas na não-doação de córneas de potenciais doadores em um hospital universitário de Curitiba. *Arquivo Brasileiro de Oftalmologia*, 72(4), 509-14.

Klug, D., Losekann, M. V., Cuadra, J. L. T., Bittencourt, H. L & Jotz, G. P. (2020). Análise dos fatores associados à decisão familiar sobre a doação de córneas. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, 79(5), 296-301.

Knihs, N. S., Leitzke, T., Roza, B. A., Schirmer, J. & Domingues, T. A. M. (2015). Compreensão da vivência da família frente à hospitalização, morte encefálica e entrevista para a doação de órgãos. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, 14(4), 1520-1527.

Knihs, N. S., Martins, S. R., Magalhães, A. L. P., Ramos, S. F., Sell, C. T., Koerich, C. & Brehmer, L. C. F. (2021). Entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos: pressupostos de uma boa prática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), 1-9.

Knihs, N. S., Roza, B. A. & Schirmer, J. (2010). Estratégias de cuidados à família no momento da perda, morte encefálica e doação de órgãos, elaboradas a partir de uma revisão de literatura de fatores que levam a família à recusa para a doação. *Revista Brasileira de Transplantes*, 1320-1323.

Leite, N. F., Maranhão, T. L. G. & Farias, A. A. (2017). Captação de múltiplos órgãos: os desafios do processo para os profissionais da saúde e familiares. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 11(34), 246-270.

Marcondes, C., Costa, A. M. D., Pessôa, J. & Couto, R. M. (2019). Abordagem familiar para a doação de órgãos: percepção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem UFPE On-line*, 13(5), 1253-1263.

Nuevo, A. L. G. & Rocha, T. C. (2021). O que pode a psicologia hospitalar diante da morte encefálica na UTI: um relato de experiência. *Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás*, 7(7), 1-17.

Paiva, M. C. L., Eloia, S. C., Paiva, A. L., Martiniano, F. G. S., Matos, M. A. X., Timbó, E. C., Passos, M. R. S. & Vasconcelos, A. F. (2023). Fatores relacionados à doação de órgãos em pacientes com morte encefálica. *Revista Enfermagem Atual*, 97(4), 1-10.

Passos, C. M., Oliveira, A. P. V., Wille, D. F., Roque, T. S. & Santos, G. V. (2022). Comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes: as barreiras encontradas pelos trabalhadores da saúde. *Research, Society and Development*, 11(11), 1-9.

Passos, C. M., Silveira, R. S., Lunardi, G. L., Rocha, L. P., Ferreira, J. S. R. &

Gutierrez, E. D. (2020). Profissionais de saúde: facilidades e dificuldades encontradas durante a notificação, abordagem familiar e captação de órgãos. *Research, Society and Development*, 9(7), 1-19.

Pessoa, J. L. E., Schirmer, J. & Roza, B. A. (2013). Avaliação das causas de recusa familiar a doação de órgãos e tecidos. *Acta Paulista Enfermagem*, 26(4), 323-330.

Portaria n. 2600, de 21 de outubro de 2009. (2009). Aprova o regulamento técnico do sistema nacional de transplantes. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21 _10_2009.html

Prado, L. B., Almeida, C. G., Souza, K. L., Bezerra, A. S. M., Souza, G. P. S., Santos, J. P., Silva, J. M., Marcelino, C. A. G., Almeida, A. F. S. & Ayoub, A. C. (2013). Doação de tecidos: desfecho das notificações e caracterização dos doadores em um serviço de procura de órgãos e tecidos. *Revista Brasileira de Transplantes*, 16(2), 1742-1772.

Rech, T. H & Rodrigues Filho, E. M. (2007). Entrevista familiar e consentimento. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(1), 85-9.

Registro Brasileiro de Transplantes XXIV n. 2. (2023). Dados numéricos da associação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro/junho - 2023. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. https://site.abto.org.br/conteudo/rbt/

Rieth, C. E. & Viana, D. C. L. (2024). O papel do psicólogo no processo de captação de órgãos para transplante. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 27(1), 1-17.

Rossini, A. L. S. & Souza, M. A. (2022). Doação de órgãos na pandemia Covid-19: percepção dos profissionais na realização da entrevista familiar. *Research, Society and Development*, 11(13), 1-8.

Roza, B. A., Garcia, V. D., Barbosa, S. F. F., Mendes, K. D. S. & Schirmer, J. (2010). Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(3), 417-22. Disponível em: scielo.br/j/ape/a/ZmW8LKZT6QGkztSsTj4fTsq/?format=pdf&lang=pt

Santos, M. J. & Massarollo, M. C. K. B. (2011). Fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. *Acta Paulista Enfermagem*, 24(4), 472-8.

Santos, M. J., Massarollo, M. C. K. B. & Moraes, E. L. (2012). Entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. *Acta Paulista Enfermagem*, 25(5), 788-794.

Santos, M. J., Moraes, E. L. & Massarollo, M. C. K. B. (2012). Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. *O mundo da Saúde*, 36(1), 34-40.

Silva, I. C. N., Pimentel, R. R. S., Moraes, E. L. & Santos, M. J. (2024). Recusa familiar para a doação de córneas para transplante: fatores associados e tendência. *Acta Paul Enferm*, 1-8.

Silva, L., Souza, K. & Hernandez, J. (2021). Atitudes frente à doação de órgãos: revisão sistemática de estudos brasileiros. *Revista Psicologia, Saúde e Doenças*, 22(3), 951-970.

Silva, L. A. (2016). O psicólogo na mediação positiva para a doação de órgãos. Revista Brasileira de Transplante, 19(1), 1-27. Disponível em: https://bjt.emnuvens.com.br/revista/article/view/103/93

Silva, P. L. N., Ramos, L. D., Fagundes, L. T. S., Alves, C. R., Fonseca, A. D. G., Santos, C. L. S. & Miranda, F. B. (2020). Abordagem do enfermeiro à família no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos. *Revista Enfermagem Atual*, 93(31), 1-8.

Silveira, E. A. A., Magalhães, A. C. G., Alves, M. I., Silva, V. C. M. & Oliveira, P. P. (2017). Vivenciando a parada cardiorrespiratória e óbito por familiares: estudo descritivo. *Revista Brasileira de Enfermagem Online*, 16(3), 344-354.

Soares, E. R., Zillmer, J. G. V., Cordeiro, F. R. & Oliveira, S. G. (2023). Morte na doação de órgãos e tecidos: discursos dos profissionais de saúde. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 18(1), 1-21.

Sodré, A. C. B. M. (2022). Experiências profissionais na doação de órgãos e tecidos para transplantes durante a pandemia do novo coronavírus no nordeste do Brasil. *Mestrado Profissional em Psicologia e Intervenções em Saúde*, 1-116.

Souza, M. T., Silva, M. D. & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer?. Revista Einstein, 8(1), 102-6.