

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS: A DUALIDADE VIDA E MORTE NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Janaína Ferreira Braga¹
Kenia Anifled de Oliveira Leite²
Gabriela Maria Cavalcanti Costa³

Resumo

Este estudo teve como objetivo identificar a percepção dos profissionais de saúde do Núcleo de Captação de Órgãos de Campina Grande-PB sobre a dualidade vida e morte e sua relação com a doação e transplantes de órgãos e tecidos. Tratou-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e qualitativa. A amostra foi formada por 10 profissionais de saúde. Para coleta dos dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada. Para a análise dos dados foi adotada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. Os resultados apontaram uma percepção ampla dos profissionais de saúde sobre vida e morte, envolvendo os seguintes critérios: cientificidade, por meio dos critérios biológicos e legais para afirmar o resultado de morte encefálica e sua relação com a doação; subjetividade nos posicionamentos em relação à qualidade de vida, medo e dor; espiritualidade e religiosidade, para compreender os sentidos da vida após o diagnóstico de morte. Conclui-se que a compreensão sobre vida e morte requer análise bioética enquanto possibilidade de desvelar os significados para uma ação profissional e social consciente favorecendo a doação e transplante de órgãos.

Palavras-chave: Doação de Órgãos. Transplante. Vida.

ORGAN AND TISSUE DONATION: THE DUALITY LIFE AND DEATH IN THE PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS

Abstract

This study aimed to identify the perception of the Core Funding of Campina Grande-PB Bodies health professionals about the duality of life and death and its relation to the donation and transplantation of organs and tissues. This was an exploratory, descriptive and qualitative research. The sample 10 was formed by health professionals. For data collection, it was used as a methodological use of semi-structured interviews with recording the speeches and subsequent transcription. For data analysis it was adopted the content analysis technique proposed by Bardin. The results showed a wide perception of health professionals about life and death, involving the following criteria: the scientific through the biological and legal criteria, to say the result of brain death

¹ Enfermeira Graduada pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande – PB, Brasil. E-mail: janainafbraga@hotmail.com

² Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Professora do Curso de enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande – PB, Brasil. E-mail: kaleite@ig.com.br

³ Enfermeira. Doutora em enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Brasil. E-mail: gabymcc@bol.com.br

and its relation to the donation; subjectivity in positions opposite the quality of life, fear and pain; spirituality and religion, to understand the way of life, after the diagnosis of death. It is concluded that the understanding of life and death requires bioethical analysis as a possibility to unveil the meanings for a professional and conscious social action favoring the donation and organ transplantation.

Keywords: Organ Donation. Transplant. Life.

1 INTRODUÇÃO

A prática de transplante de órgãos e tecidos pode significar a única forma terapêutica de total recuperação, ou de aumento de sobrevida dos pacientes que apresentam doença crônica de caráter irreversível e em estágio final (DALBEN; CAREGNATO, 2010).

Nesse sentido, desde o primeiro transplante realizado no Brasil em 1964, já ocorreram mais de 75.600 transplantes de órgãos sólidos (MENDES et al., 2012). A partir daí, tem-se observado que as taxas de doações e alocações de órgãos vêm crescendo de forma progressiva, como indica o número de transplantes por milhão de população (pmp) de 2005 até março de 2015, que teve um aumento de 16,0 (pmp) considerando o número de transplantes de coração, fígado e rim (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2015).

Vários fatores contribuíram para esse crescimento no número de transplantes, dentre os quais destacam-se a produção de diversas drogas imunossupressoras, desenvolvidas para inibir possíveis rejeições, e as ações das políticas públicas de incentivo à doação, que concorreram para que o País se convertesse em um dos maiores centros públicos de realização de transplantes do mundo (DALBEN; CAREGNATO, 2010).

No cenário mundial, o Brasil ocupa o segundo lugar no *ranking* dos países com o maior número de transplantes, ficando atrás apenas dos Estados Unidos da América. Sob esse aspecto, é importante ressaltar que o país é líder mundial em realização de cirurgias de transplantes pelo sistema público de saúde (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2014). Esses resultados demonstram que o Brasil possui um programa de transplantes bem consolidado, mas que deve ser velado para que este crescimento seja sustentado (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2015).

Contudo, embora com crescimento de 7,6% na taxa de doação (13,2 pmp em 2013 e 14,2 pmp em 2014), o Brasil ficou em torno de 6% abaixo da taxa prevista em 2007, que foi de 15,0 pmp, e se distanciou da meta que havia sido previamente estabelecida para 2017 (20 pmp). A nova previsão, com grande esforço, é alcançar essa taxa em 2018. Deve-se considerar ainda que a taxa de não autorização familiar ainda é elevada (46%), sendo uma meta plausível sua redução em 2% por ano, até atingir 30%. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2014).

Essa elevada taxa de não autorização de doação de órgãos e tecidos por parte dos familiares decorre da falta de consciência do público em geral “sobre a necessidade de transplantes de órgãos e à falta de oportunidades para doação. Tais razões impactam na falta de compreensão e entusiasmo do público para a doação de órgãos” (ROZA et al., 2010, p. 418).

A doação de órgãos para transplantes se realiza por meio da extração de órgãos vivos de corpos humanos sem vida e de órgãos vivos de doadores conscientes, em que a remoção não ocasionaria a morte do doador (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2009). Desta forma, o transplante pode ser entendido como o ato de retirada ou remoção de órgãos, tecidos ou partes de um ser, esteja ele vivo ou morto, para o seu aproveitamento com finalidade terapêutica (PASZCZUK, 2011).

Neste processo de doação e captação de órgãos, a diferença básica entre a vida e a morte reside na avaliação neurológica do doador, uma vez que os indivíduos com morte encefálica fornecem seus órgãos para substituírem aqueles ineficientes de outro paciente, o receptor. Sob esse aspecto, é importante ressaltar que, apesar do avanço tecnológico ocorrido nesta área, ainda existem divergências quanto à linha tênue que separa a vida e a morte, favorecendo, por conseguinte, o desenvolvimento de conflitos de ordem bioética que atingem doadores, familiares, receptores, e inclusive os profissionais de saúde (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2009).

Morrer é um processo que expõe a condição humana de vulnerabilidade, e caracteriza tanto o que o homem tem de universal quanto o que é singular. Desta maneira, o morrer pode ser compreendido também como um processo social; sendo assim, está presente no cotidiano e, independente de suas causas ou formas, continua ocorrendo em grandes proporções nos hospitais e instituições de saúde. Por isso, a morte ainda pode ser considerada como algo institucionalizado e medicalizado, principalmente hoje, quando os hospitais possuem aparelhos de alta tecnologia que permitem a manutenção do corpo do paciente em funcionamento, independentemente da qualidade de vida (FERREIRA et al., 2015).

Do ponto de vista biológico, a morte é precedida pela parada cardiorrespiratória. No entanto, os avanços tecnológicos na medicina, principalmente o advento de respiradores artificiais, possibilitaram medidas de prolongamento das funções vitais desses pacientes. Portanto, tornou-se necessária uma conceituação confiável para a determinação diagnóstica da morte encefálica. Do ponto de vista neurofisiológico, a situação de morte encefálica (ME) é facilmente compreensível, contudo, do ponto de vista clínico, não se deve interromper medidas terapêuticas, tampouco realizar a retirada de órgãos destes pacientes sem que ocorra real confirmação de ME. Mais que possível, é então imprescindível a certeza da parada irreversível das funções encefálicas e, para tal, critérios de ME foram sendo aperfeiçoados ao longo dos últimos cinquenta anos. (CORRÊA NETO, 2010).

Desta forma, para ordenação do transplante, faz-se necessária a confirmação segura da morte encefálica para efetivar a captação de órgãos em pacientes sem atividade cerebral instituída (DALBEN; CAREGNATO, 2010). A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares, durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias, predefinidos pela Resolução CFM nº 1.480 de 1997. Com base na referida Resolução, os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica compreendem o coma aperceptivo, com ausência de atividade motora supra-espinal e apneia. Já os exames complementares incluem a ausência de atividade elétrica cerebral, metabólica cerebral ou de perfusão sanguínea cerebral (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA, 1997).

Mesmo com todos os avanços tecnológicos e as formulações dos conceitos para a morte, é importante ressaltar que, no âmbito acadêmico e científico, ainda há discordâncias relacionadas ao término da vida e ao processo de morrer. Nessa perspectiva, a morte pode ser definida considerando-se aspectos de ordem filosófica, religiosa, orgânica, dentre outros. Já a medicina utiliza-se de critérios eminentemente orgânico-neurológicos para atribuir a condição de vida ou morte a um indivíduo. Neste contexto, o próprio avanço da medicina confere às pessoas a crença de que se trata apenas de uma questão de tempo para se alcançar a cura das enfermidades que levam à morte, fazendo com que, um dia, a morte deixe de existir (PAZIN-FILHO, 2005).

A respeito do conceito de morte, os avanços tecnológicos em saúde modificaram o paradigma em questão, permitindo o prolongamento da vida por meio

de técnicas avançadas de assistência ao paciente e provável doador, buscando manter a vida útil de órgãos para que estes possam ser transplantados (MONTEIRO et al., 2011).

O processo de doação envolve um conjunto de ações e procedimentos que tem início a partir da identificação de um potencial doador, sendo que os profissionais que atuam nesta área precisam continuar realizando esforços para manter o “corpo” deste paciente doador saudável, com vistas a salvar vidas através do transplante de órgãos e tecidos. Por esta razão, as ações destes profissionais relacionam-se sob uma perspectiva ética, ligada às questões de vida e morte (MATTIA et al., 2010).

Na discussão acerca da relação entre corpo e valores, verifica-se que a doação de órgãos e tecidos favorece às pessoas pensarem na relação de finitude aí implicada e sua conotação com o corpo, após a morte. Desta forma, o processo de transplante está diretamente relacionado aos valores morais, éticos e religiosos dos indivíduos (ROZA et al., 2010), uma vez que a realização de transplante de órgãos entre um paciente vivo e um cadáver é considerada como uma atividade altruísta, já que a sorte de um será o infortúnio do outro. Tal dualidade desperta inúmeras questões éticas, pois envolve a autonomia e os direitos dos pacientes (PAULINO; TEIXEIRA, 2009).

Para execução dos procedimentos de doação, faz-se necessário notificar a identificação do potencial doador à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CNCDO). A notificação é compulsória para todos os estabelecimentos de saúde, independentemente da intenção familiar de doação ou da condição clínica do potencial doador de converter-se em doador efetivo (RODRIGUES et al., 2013). Assim, os profissionais de saúde que atuam em Unidades de Terapia Intensiva têm o compromisso ético de notificar a existência de um potencial doador à CNCDO de seu respectivo estado (MATTIA et al., 2010).

É importante ainda ressaltar que os profissionais de saúde, além de exercerem atividades voltadas para notificação de potenciais doadores, ainda atuam nas Organizações de Procura de Órgãos (OPO) como facilitadores do processo de notificação e captação. Por conseguinte, quando a morte encefálica for constatada e a família do potencial doador for esclarecida sobre a irreversibilidade do quadro clínico, o enfermeiro que trabalha na OPO poderá solicitar aos familiares do paciente clinicamente morto a doação dos órgãos (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2009).

A respeito deste processo, a legislação dispõe que a retirada de órgãos de pessoas falecidas para transplantes dependerá da autorização do cônjuge ou parente,

maior de idade, obedecida a linha sucessória. Além disso, o transplante apenas poderá ser realizado após consentimento expresso do receptor do órgão ou tecido, devidamente inscrito em lista única de espera, após aconselhamento sobre os riscos e benefícios do procedimento (BRASIL, 2001).

Reconhecer aspectos que possam favorecer o processo de doação e transplante de órgãos, refletir sobre o significado de vida e morte da pessoa humana certamente contribuirá para o autoconhecimento, para o exercício das práticas profissionais daqueles que atuam nesta área e para a melhoria dos serviços de saúde que desempenham atividades de doação e transplante de órgãos. Com base nestas afirmações, a presente pesquisa teve como objetivo identificar a percepção dos profissionais de saúde do Núcleo de Captação de Órgãos de Campina Grande-PB sobre a dualidade vida e morte e sua relação com a doação e transplantes de órgãos e tecidos.

2 CAMINHO METODOLÓGICO

Esta pesquisa foi um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa busca responder questões muito particulares, ocupando-se com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (MINAYO, 2010).

O estudo foi realizado no Núcleo de Captação de Órgãos localizado no Hospital de Trauma do município de Campina Grande/PB que está inserido na mesorregião do Agreste Paraibano. A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2012.

A amostra probabilística foi composta por 10 profissionais de saúde que exerciam suas atividades no Núcleo citado, a saber: enfermeiros, médicos, psicólogos, e assistentes sociais. Utilizou-se como critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 21 anos; ser integrante da equipe de captação de órgãos há mais de 06 meses, e disposição para participação voluntária na pesquisa. Foram excluídos da amostra aqueles que não se enquadraram nos critérios descritos. Os participantes da pesquisa foram identificados por sequência de letras conforme elenco dos discursos transcritos e selecionados.

Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, constituído de perguntas norteadoras pertinentes aos objetivos propostos neste estudo. Os dados foram analisados através da técnica de análise de conteúdo tipo Categorical Temática, proposto por Bardin.

A análise organizou-se conforme as seguintes etapas: pré-análise, feita a partir das leituras flutuantes, que possibilitou ao pesquisador um ganho de clareza a respeito da leitura realizada; exploração do material, por meio das Unidades de Registro; tratamento dos resultados obtidos, que se realizou através da interpretação dos significados suscitados pelos discursos presentes no material distribuídos em categorias temáticas (BARDIN, 2011). As categorias temáticas construídas fazem referência à percepção quanto à dualidade vida e morte e sua relação com a doação e transplantes de órgãos e tecidos.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo segue a recomendação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), expressa na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 07277712.6.0000.5175.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das informações coletadas nas entrevistas, foi possível agrupar os sentidos das falas dos participantes da pesquisa quanto às percepções acerca de vida e morte e sua relação com a doação e transplante de órgãos nas seguintes categorias temáticas, segundo a ordem do texto, que serão apresentadas e discutidas a seguir.

Categoria 1 – Cientificidade e legalidade

A vida pra mim, ela vem desde a concepção até a morte. E a morte é compreendida a partir do diagnóstico de morte encefálica. (Entrevistado F).

Vida é quando o organismo, o ser vivo, eles têm funções vitais, sinais vitais, como frequência cardíaca, frequência respiratória. Com exceção da morte encefálica, que o paciente pode apresentar sinais vitais como pulso, pode apresentar frequência cardíaca e mesmo assim

ele está em morte cerebral. O paciente que não vai mais ter retorno em suas funções vitais. Morte seria justamente a ausência de sinais vitais... (Entrevistado G).

Morte é a falência dos órgãos vitais que atuam no processo de vida. (Entrevistado D).

Os depoimentos descritos acima enfatizam a tendência dos entrevistados em atribuir seus conceitos sobre a vida e a morte baseados na cientificidade, demonstrando que os aspectos biológicos envolvidos na saúde do ser humano seriam imprescindíveis, tanto na vida quanto na determinação da morte de um indivíduo.

Atualmente, no campo da saúde, a definição de morte configura um dos principais dilemas da bioética, uma vez que os cientistas ainda divergem quanto a este conceito. Para chegar a um consenso sobre o assunto, Chaves (2009) propõe que sejam analisados diversos aspectos relacionados ao processo de morrer, como: o biológico, o religioso e o emocional, entre outros.

A morte, como processo, distingue-se entre parâmetros clínicos (paralisação da função cardíaca e respiratória), biológicos (destruição/morte celular) e encefálicos (paralisação das funções cerebrais). O avanço da ciência permitiu o prolongamento artificial de funções vitais do organismo como circulação e respiração, contudo, esse avanço não possibilita reverter a paralisação das funções cerebrais. Dessa forma, os critérios para a determinação da Morte Encefálica (ME) foram estabelecidos inclusive em normas legais (GUIDO et al., 2009), como pressupõe a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, “que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento” (BRASIL, 1997), determinando em seu artigo 3º que compete ao Conselho Federal de Medicina (CFM) definir os critérios para diagnóstico de morte encefálica. Acerca desta atribuição, o CFM, por meio da Resolução nº 1.480/97, define critérios clínicos e exames complementares. Mas apesar destes protocolos e normas legais, os debates sobre o assunto, em busca de informações e conceitos referentes à morte, têm sido desenvolvidos de formas variadas (GUIDO et al., 2009).

Para Chaves (2009), a morte biológica é compreendida como a ausência dos sentidos do ser vivo, sendo semelhante à de outros animais. A autora ainda ressalta que a morte de uma pessoa possui uma carga axiológica, valorativa, percebida somente nos seres humanos, em razão da construção de laços afetivos estabelecidos entre os indivíduos na sociedade. Neste caso, a morte não representa apenas o fim dos sentidos e

da função orgânica, mas o fim de tudo aquilo que a pessoa representou dentro das instituições das quais fazia parte, tais como: a família, o trabalho, a sociedade, dentre outros. Tal acontecimento resulta na ausência da pessoa como parte integrante de um grupo social, e não só na ausência de seus sentidos.

As principais controvérsias acerca da conceituação biológica da morte residem principalmente no fato de que a população em geral relaciona a vida à existência de batimentos cardíacos e incursões respiratórias. Logo, o trabalho do cientista estaria voltado a determinar em que ponto a lesão cerebral se tornara irreversível e estaria impossibilitando a vida. Nesse sentido, o avanço na tecnologia médica, no que se refere ao suporte avançado de vida, permitiu que mesmo pacientes graves com encéfalo irremediavelmente comprometido mantivessem suas principais funções hemodinâmicas e ventilatórias. Assim, diagnosticar a morte nestes pacientes torna-se um desafio para médicos e pesquisadores (MORATO, 2009).

De forma geral, atualmente, a designação de morte encefálica determina um estado em que nem o encéfalo, nem o tronco cerebral estão funcionando. Clinicamente são necessários coma aperceptivo, pupilas fixas e arreativas, ausência de reflexo córneo-palpebral, de reflexos óculocefálicos, de respostas às provas calóricas, de reflexo de tosse e apneia (NETO, 2010).

Assim, a categoria de análise abordada nesta pesquisa demonstra que os conceitos de morte e vida estão ligados à presença de atividade cerebral, condizente com o disposto também na Lei nº 9.434/97 que regulamenta a prática dos transplantes no Brasil, de modo que este critério legal aborda também as bases diagnósticas para a determinação da morte (BRASIL, 1997).

Categoria 2 – Subjetividade

Vida é viver intensamente o que tem que viver, e de morte para mim é morreu acabou... assim morte é também muito subjetivo[...] (Entrevistado A).

Vida é tudo aquilo que transmite sentimento, amor, compreensão e etc. (Entrevistado I).

Vida é alegria, é saúde, é paz, harmonia, tranquilidade, amor, a vida pra mim é tão boa. Adoro viver. A morte para mim é um intervalo, é que você vai passar, quanto tempo eu também não sei, eu não tenho certeza, mas a morte é só a parte física que morreu. (Entrevistada C).

O ser humano caracteriza-se pelos aspectos simbólicos, pelo significado ou pelos valores que ele imprime às situações vivenciadas, isto é perceptível nas colocações feitas pelos entrevistados, mencionadas acima, onde descreveram sua compreensão de vida e morte a partir de formulações que vão além da presença de aspectos biológicos. Assim, tais descrições foram elaboradas a partir de uma perspectiva subjetiva, nas quais não é possível verificar uma exatidão das percepções dos profissionais, uma vez que as noções por eles expressas remetem a uma compreensão intersubjetiva, que demanda a imersão no universo dos símbolos e dos significados.

Quanto à morte, em cada tempo e cultura existiu um significado atribuído, sendo, inicialmente, externo ao indivíduo. Contudo, posteriormente, o significado de morte passa a ser internalizado, e transforma-se num instrumento subjetivo de relação do indivíduo consigo mesmo. Este aspecto de subjetividade atribuído à morte deve ser valorizado, uma vez que em um contexto no qual o ser humano é fragmentado e a morte é deslocada para o hospital, compreender a subjetividade no processo de morrer contribui no sentido de humanizar e considerar a integralidade do cuidado, tornando os profissionais da saúde mais aptos a lidar com este fenômeno, que é ao mesmo tempo físico, psíquico e social (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

Categoria 3– Espiritualidade e religiosidade

[...] A morte eu acho que existe uma continuação, eu acho não, tenho certeza. A morte é só a parte física que morreu, o espírito fica, e se você tem alegria, você tem confiança, você não tem medo da morte. (Entrevistada C).

Vida é uma coisa maravilhosa dada por Deus... A vida é uma maravilha que Deus nos concedeu. E a morte é a separação do corpo com o espírito. A gente tem uma rejeição pela morte porque nós seres humanos criados por Deus fomos feitos a imagem de Deus. E nós nascemos, Deus não nos fez para a morte, mas devido com está escrito na Bíblia... Acredito na Bíblia. Acho que nós como seres humanos só poderíamos acreditar no Ser superior, que é Deus, e aceitar que a vida é Deus quem dá e a morte é uma permissão de Deus. (Entrevistada E).

Acredito em vida e morte através da espiritualidade, da religião, da crença. (Entrevistado F).

Os depoimentos acima expostos evocam a espiritualidade e religiosidade entre os entrevistados, revelando um sistema de valores voltados para a crença em

um ser superior que detém o poder de conceder a vida e determinar a morte. Sendo assim, tanto a vida quanto a morte foram consideradas manifestações divinas, e a compreensão dos entrevistados a respeito de tais questões se encontra orientada por abordagens que buscam elucidar a separação entre o corpo e o espírito.

A respeito desta relação entre morte e religiosidade. Boussoet al., 2011 descrevem que, quando as pessoas são confrontadas com experiências adversas, a religiosidade aparece como um recurso na superação da crise. Uma das consequências da religiosidade refere-se ao enfrentamento positivo dos eventos estressantes da vida, como as situações de doença e morte. Mas a religião não só oferece conforto nos tempos de sofrimento, mas também, em algumas crenças, uma promessa de vida após a morte.

Assim, a religião torna-se uma instituição social que controla os rituais e conhecimentos associados à morte, sendo diversas as perspectivas da morte presentes nas diferentes crenças e religiões. O judaísmo, o catolicismo e o islamismo não opõem restrições ao conceito de ME ou à retirada de órgãos; entretanto, o budismo tibetano identifica a morte com a decomposição, e os ciganos acreditam na necessidade de manutenção do corpo intacto por um ano após a morte para que a alma refaça seus passos, já o xintoísmo acredita que o corpo morto é impuro e perigoso, fato que contribuiu para a dificuldade de aceitação da ME e dos transplantes no Japão (NETO, 2010).

Considerando a compreensão de morte sob o aspecto da religiosidade e de sua influência no processo de doação e transplante, é dito que as crenças religiosas também podem desempenhar papel importante para a sociedade na sua decisão sobre a doação. Pesquisa realizada por Ferrazzo et al. (2011) sobre a interferência da crença religiosa no consentimento de doação de órgãos e tecidos constatou que nenhuma religião é absolutamente contrária à doação de órgãos, todavia, o grau de entendimento das religiões acerca do momento da morte é diversificado. Sabe-se que algumas crenças religiosas têm rituais voltados para o corpo após a morte, sendo este um fator que concorre para a não autorização da doação de órgãos (FERRAZZO et al., 2011).

Historicamente, muitas religiões foram resistentes à ideia da doação de órgãos. Os judeus, por exemplo, acreditavam que a utilização do corpo do falecido assemelhava-se a adular a imagem de Deus, e os católicos, por sua vez, tinham a visão da mutilação do corpo. Contudo, hoje, tais visões não são as mesmas, estando amparadas pelos valores de altruísmo que todas as religiões possuem, e pela

reconstrução da representação – uma vez que as representações sociais são históricas em sua essência e influenciam o desenvolvimento do pensamento do indivíduo nos conceitos e imagens conhecidos (LIRA et al., 2012).

Atualmente, critérios religiosos não proíbem formalmente a doação ou o recebimento de órgãos, ou o transplante de doadores vivos ou falecidos. Contudo, o respeito moral pelos mortos de forma sistemática, dando então significado à morte. Desta forma, na maioria das religiões, o significado da morte está relacionado à possibilidade de vida pós-morte ou a alguma forma de continuação da existência. Mas seja qual for o significado que se tem dado à morte, esta foi aceita como questão empírica, não exigindo definição precisa nem elaborações posteriores. No entanto, a intervenção tecnológica no processo de morrer tem exigido princípios e atitudes de ordem filosófica, ética e clinicamente aplicável, um equivalente secular aos conceitos religiosos que eram, muitas vezes, definidos em termos da partida da alma ou da perda do sopro de vida (ROZA et al., 2010). A religião é um fator determinante na tomada de decisões das pessoas em qualquer área de suas vidas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção dos profissionais de saúde que atuam na Central de Captação de Órgãos sobre vida e morte envolve aspectos clínicos e biológicos, afirmando a necessidade de confirmar a morte encefálica; critérios legais, por meio dos protocolos que devem ser estabelecidos como a integração entre equipes de UTI e Central de Captação de Órgãos e tecidos; e exames complementares. Contudo, além destas argumentações foi construída também a interpretação subjetiva da vida e da morte, que pode ser resultado da relação com situações de limite nas decisões, em que muitas vezes estes aspectos podem ser reflexo da vivência, junto à família dos prováveis doadores, de situações de dor, medo, e ansiedade, que por sua vez são também de ordem emocional. Além disso, foi apontado também o critério de religiosidade e espiritualidade, mediante a relação entre corpo e espírito descrita como integrante do processo de morte.

Tomando por base as percepções construídas ao final da pesquisa, pode-se considerar que o processo de doação de órgãos e transplantes está permeado por dilemas éticos, como o momento da morte, e de questões referentes ao conflito entre ciência e religião.

Neste contexto, a bioética, que tem seus fundamentos apoiados na reflexão sobre valores que se expressam no agir humano, propõe que os indivíduos desenvolvam sua capacidade crítica e reflexiva amparados nos princípios éticos da beneficência, na não maleficência, e na justiça e autonomia, de modo a desvelar os significados para uma ação profissional e social consciente. Considera-se que isto pode ter início a partir da formação acadêmica dos profissionais da saúde e se estender até a população, com vistas a construir critérios favoráveis à doação de órgãos.

O processo de doação de órgãos e tecidos é amplo e complexo, envolvendo diversos grupos, tais como profissionais de saúde e familiares dos prováveis doadores e receptores. Nesta pesquisa, foram abordados apenas parte dos integrantes deste processo, tendo sido percebida a necessidade também de investigações junto a outros profissionais de saúde que trabalham na UTI, familiares de prováveis doadores e pacientes que aguardam a oportunidade de receber um órgão.

REFERENCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS - ABTO. Registro Brasileiro de Transplantes. **Dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período de Janeiro / Março – 2015**. Ano 21, n. 1, 2015.

_____. Registro Brasileiro de Transplantes. **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado de 2007 a 2014**. Ano 20, n. 4, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. rev. e atual. Lisboa: Ed. 70, 2011.

BRASIL. Senado Federal. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Brasília, 1997. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1997/lei-9434-4-fevereiro-1997-372347-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 6 maio 2015.

_____. Senado Federal. **Lei nº 10.211**, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10_211.htm>. Acesso em: 6 maio 2015.

BOUSSO, R. S. et al. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. **Revista da Escola de Enfermagem**[online], São Paulo, v. 45, n.2, p. 397-403, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a13.pdf>>. Acesso em: 6 maio 2015.

CHAVES, N. de S. Bioética: morte e sofrimento humano. **Cadernos de Ética e Filosofia Política**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 105-121, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cefp/article/viewFile/82610/85571>>. Acesso em: 25 set. 2012.

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. de S. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia** [online], Natal, v.11, n.2, p. 209-216, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n2/a10v11n2.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.480/97**. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm. Acesso em: 3 de maio 2015.

CORRÊA NETO, Y. Morte encefálica: cinquenta anos além do coma profundo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, supl. 2, p. S355-S361, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s2/13.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2012.

DALBEM, G. G.; CAREGNATO, R. C. A. Doação de órgãos e tecidos para transplante: recusa das famílias. **Texto Contexto Enfermagem**[online], Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 728-35, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/16.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2012.

FERREIRA, I. R. et al. Doação e Transplante de órgãos na concepção bioética: uma revisão integrativa. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 13, n. 1, p. 190-203, 2015. Disponível em: <http://revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1951/pdf_302>. Acesso em: 23 jul. 2015.

FERRAZZO, S. et al. Crença religiosa e doação de órgãos e tecidos: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem**, Santa Maria, v. 1, n. 3, p. 449-460, 2011. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2790/2410>>. Acesso em: 23 jul. 2015.

GUIDO, L. A. et al. Estressores na assistência de enfermagem ao potencial doados de órgãos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 6, p. 1023-1029, nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_15.pdf>. Acesso em: 23 out. 2012.

LIRA, G. G. et al. Ponderações de familiares sobre a decisão de recusar a doação de órgãos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25, n. especial 2, p. 140-145, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/pt_22.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2015.

LIMA, A. A. F.; SILVA, M. P. J.; PEREIRA, L. L. Sofrimento e contradição: o significado da morte e do morrer para enfermeiros que trabalham no processo de doação de órgãos para transplante. **Revista Enfermería Global**, n. 15, p. 1-17, fev. 2009. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es>>. Acesso em: 2 abr. 2012.

MATTIA, A. L. et al. Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Bioethicos**, São Camilo, v. 4, n. 1, p. 66-74, 2010. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/73/66a74.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2012.

MENDES, K.D.S. et al. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. **Texto Contexto Enfermagem** [online], Florianópolis, v. 21, n.4, p.945-53, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/27.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MONTEIRO, A. M. de C. et al. Doação de órgãos: compreensão na perspectiva de adolescentes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online], v.11, n.4, p. 389-396, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n4/v11n4a05.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

MORATO, E. G. Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 227-236, 2009. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/428>>. Acesso em: 30 set. 2012.

PASZCZUK, J. Transplantes de órgãos: um direito da personalidade. **Cadernos da Escola de Direito e Relações Internacionais da UniBrasil**, v. 15, p. 488-509, 2011.

PAULINO, L. A. F.; TEIXEIRA, S. L. da C. Ética em transplantes. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 264-268, 2009. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/435>>. Acesso em: 4 nov. 2012.

PAZIN-FILHO, A. Morte: Considerações para a Prática Médica. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 38, n. 1, p. 20-25, 2005. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2005/vol38n1/2_morte_consideracoes_pratica_medica.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2012.

RODRIGUES, T.B. et al. Perfil de potenciais doadores de órgãos em Hospital de Referência. **Revista Rene**, Fortaleza, v.14, n.4, p. 713-9, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/853/pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2015.

ROZA, B. A. et al. Doação de órgãos e tecidos: relação como corpo em nossa sociedade. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 417-22, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a17.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2015.