

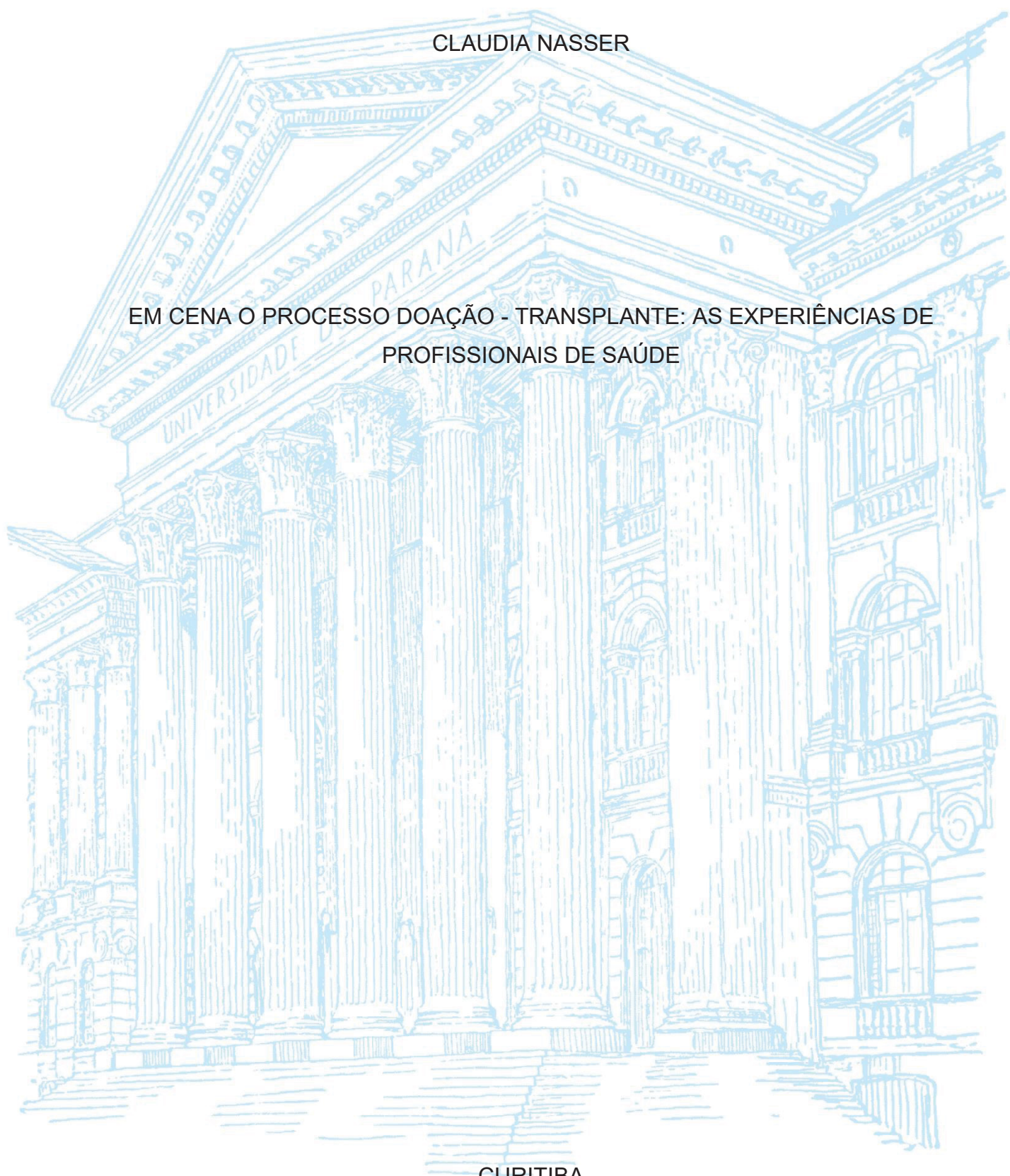
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CLAUDIA NASSER

EM CENA O PROCESSO DOAÇÃO - TRANSPLANTE: AS EXPERIÊNCIAS DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE

CURITIBA

2024



CLAUDIA NASSER

EM CENA O PROCESSO DOAÇÃO - TRANSPLANTE: AS EXPERIÊNCIAS DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Linha de Pesquisa: Cultura e Sociabilidades, Eixo Temático: Cultura, Comunicação e Sociabilidades, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Sociologia.

Orientadora: Profa. Dra. Marisete Teresinha Hoffmann-Horochovski
Coorientadora: Profa. Dra. Leide da Conceição Sanches

CURITIBA

2024

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS – BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS

Nasser, Claudia

Em cena o processo doação – transplante : as experiências de profissionais de saúde. / Claudia Nasser. – Curitiba, 2024.

1 recurso on-line : PDF.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marisete Teresinha Hoffmann-Horoichovski.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Leide da Conceição Sanches

1. Transplante de órgãos, tecidos, etc. 2. Doação de órgãos, tecidos, etc. 3. Pessoal da área médica. I. Horoichovski, Marisete Teresinha Hoffmann, 1971. II. Sanches, Leide da Conceição. III. Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Sociologia. IV. Título.

Bibliotecária: Fernanda Emanóela Nogueira Dias CRB-9/1607



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SOCIOLOGIA -
40001016032P2

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SOCIOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **CLAUDIA NASSER** intitulada: **Em cena o processo doação-transplante: as experiências de profissionais de saúde**, sob orientação da Profa. Dra. MARISETE TERESINHA HOFFMANN HOROCHOVSKI, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutora está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 25 de Junho de 2024.

Assinatura Eletrônica

25/06/2024 15:02:32.0

MARISETE TERESINHA HOFFMANN HOROCHOVSKI
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

26/06/2024 12:05:42.0

MARIA MARCE MOLIANI

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA)

Assinatura Eletrônica

26/06/2024 06:22:10.0

ELAINE ROSSI RIBEIRO

Avaliador Externo (FACULDADE PEQUENO PRÍNCIPE)

Assinatura Eletrônica

28/06/2024 14:04:38.0

RUBIA CARLA FORMIGHIERI GIORDANI

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

26/06/2024 11:14:19.0

LEIDE DA CONCEIÇÃO SANCHES

Coorientador(a) (FACULDADE PEQUENO PRÍNCIPE)

Rua General Carneiro, 460 - 9º. Andar - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80060-150 - Tel: (41) 3360-5173 - E-mail: pgsocio@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 375400

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://siga.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>
e insira o código 375400

Dedico este trabalho a meu Pai e à minha Mãe, Michel Nasser e Anete Maria Goedert Nasser (*in memoriam*), que não mediram esforços para que eu pudesse estudar e seguir meus sonhos. De maneira especial à minha Mãe, que me ensinou a ser perseverante com seu exemplo, independente dos obstáculos que possam surgir na vida, pois com amor e dedicação é possível conquistar nossos objetivos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Profa. Dra. Marisete Teresinha Hoffmann Horochovski, orientadora, que aceitou assumir este trabalho na sua etapa final, com profissionalismo, competência, amorosidade e empatia.

Agradeço à Profa. Dra. Leide da Conceição Sanches, coorientadora, por sua contribuição no trabalho, desde a Banca de Qualificação, que de forma muito didática contribuiu especialmente para sua organização.

Agradeço à Profa. Dra. Maria Marce Moliani pelas contribuições fundamentais no exame de Qualificação, para que o trabalho alcançasse profundidade sociológica.

Agradeço ao Prof. Dr. José Miguel Rasia, enquanto líder do Grupo de Pesquisa em Sociologia da Saúde (CNPq/UFPR), e orientador de parte dessa pesquisa, pelos ensinamentos e tempo despendido no meu processo de doutoramento.

Agradeço aos/às demais Docentes do Programa de Sociologia da UFPR, colegas de turma e colegas do Grupo de Pesquisa de Sociologia da Saúde (CNPq/UFPR) pela partilha de conhecimento e convívio.

Agradeço à Profa. Dra. Simone Meucci, Coordenadora da Pós-Graduação em Sociologia, pela condução ética da troca de orientação junto ao colegiado do Programa de Sociologia da UFPR.

Agradeço à Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Sociologia, pelos serviços prestados com excelência.

Agradeço aos/às participantes desta pesquisa, profissionais que atuam no Processo Doação-Transplante, pela disponibilidade em contribuir com a Ciência em suas profissões e na pesquisa científica.

Agradeço aos/às amigos/as que estiveram ao meu lado, tornando esse caminho de aperfeiçoamento mais leve, em especial a amiga Marcia Regina Chizini Chemin, pelas conversas, incentivo em momentos desafiadores, escuta atenta e pelo precioso trabalho de revisora.

Agradeço a toda minha família, que sempre apoiou, e me incentivou nesse caminho. De especial maneira a minha avó materna, que já centenária, de forma muito lúcida, acompanha toda a minha trajetória.

Agradeço, ainda, à Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudos que foi fundamental para o enfrentamento do período de formação.

“[...] a vida é realmente escuridão, exceto quando há impulso.
E todo impulso é cego, exceto quando há saber.
E todo saber é vazio, exceto quando há trabalho.
E todo trabalho é vazio, exceto quando há amor”
(Gibran, 1980[1923], p. 24).

RESUMO

Desde que os Transplantes de Órgãos e Tecidos se tornaram uma terapêutica de rotina, mantêm-se questões reflexivas sobre o avanço técnico-científico e os desafios éticos e sociais. A imperiosidade da morte, principalmente no tocante a morte encefálica, vislumbra um ponto de atenção, trazendo discussões de interesse no campo da pesquisa em Sociologia da Saúde, como a própria condição humana vulnerável. O estudo buscou compreender as experiências de profissionais de saúde, cujas atividades estão diretamente ligadas ao Processo Doação-Transplante, atuando em Equipes Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes e Equipes que realizam a Remoção de Órgãos e Tecidos para Transplantes. Integrantes dessas equipes em dois hospitais, centros transplantadores de órgãos do estado do Paraná, foram os/as participantes da pesquisa. A pesquisa qualitativa de perspectiva microssociológica, privilegiou o referencial teórico e metodológico do Interacionismo Simbólico. A proposta da Análise de Quadros de Goffman foi utilizada para as análises dos dados da pesquisa e lançou-se mão da metáfora teatral, para a apresentação dos resultados. Os temas centrais das etapas do Processo Doação -Transplante, como o tema da Morte, da Doação de Órgãos e dos Transplantes, foram apresentados em três Atos, e as reflexões suscitadas a partir das experiências dos/as participantes, apresentados como Cenas. A temática mostra-se um campo fértil para novas pesquisas, principalmente voltadas a profissionais atuantes no Processo Doação -Transplante, como sobre aspectos de suas formações, recursos e educação continuada, pois foram identificadas tensões que podem impactar no resultado dos Transplantes. O emprego do modelo de análise proposto por Goffman, mostrou-se relevante para a análise situacional dentro de um processo em saúde, como o Processo Doação Transplante. As reflexões e resultados desse trabalho, podem embasar novas pesquisas dentro de um caminho de reconexão do ser humano e sua técnica.

Palavras-chave: Transplantes de órgãos. Morte encefálica. Processo Doação-Transplante. Percepções. Profissionais de saúde.

ABSTRACT

Since Organ and tissue transplants became a routine therapy, reflective questions remain about technical-scientific advancement and ethical and social challenges. The imperiousness of death, especially with regard to brain death, highlights a point of attention, bringing discussions of interest in the field of research in Sociology of Health, as the vulnerable human condition itself. The study sought to understand the experiences of health professionals, whose activities are directly linked to the Donation-Transplant Process, working in Intra-hospital teams for Donating Organs and Tissues for Transplants and teams that carry out the Removal of Organs and Tissues for Transplants. The research participants are members of these teams, who work in two hospitals organ transplant centers in the State of Paraná. The qualitative research from a microsociological perspective privileged the theoretical and methodological framework of Symbolic Interactionism. Goffman's Framework Analysis proposal was used to analyse the research data and the theatrical metaphor was used to present the results. The central themes of the stages of the Donation -Transplant Process, such as the theme of Death, Organs donation and Transplants, were presented in three Acts, and the reflections raised from the experiences of participants, presented as Scenes. Tensions were identified in the process, such as the technical-scientific issue advancing at a rapid pace, and the slow pace of ethical, legal and political reflections, which can impact the results of the Transplants. The theme also proves to be a fertile field for new research, mainly aimed at professionals involved in the process, taking into account aspects of training, resources and continuing education, as tensions that can impact the results of Transplants have been identified. The use of Goffman's analysis model proved to be relevant for situational analysis within a health process, like the Donation-Transplant Process. The reflections and results of this work can support new research within a path of reconnection between human being and his technique.

Keywords: Organ transplants. Brain death. Donations-Transplant Process. Perceptions. Healthcare professionals.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

FIGURA 1 – CRITÉRIOS PARA ABERTURA DO PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA	53
QUADRO 1 – AVALIAÇÕES PARA MORTE ENCEFÁLICA.....	49
QUADRO 2 – EXAMES COMPLEMENTARES NO DIAGNÓSTICO DA MORTE ENCEFÁLICA.....	50
QUADRO 3 – NECESSIDADE ESTIMADA DE TRANSPLANTES E TRANSPLANTES REALIZADOS NO BRASIL.....	71
QUADRO 4 – NÚMERO ABSOLUTO DE TRANSPLANTES REALIZADOS DE 2012 A 2022, POR ÓRGÃOS TRANSPLANTADOS.....	71
QUADRO 5 – NÚMERO DE TRANSPLANTES PEDIÁTRICOS DE ÓRGÃOS SÓLIDOS DURANTE 2022.....	72
QUADRO 6 – TEMPO DE ISQUEMIA/ÓRGÃO PARA TRANSPLANTE	79
QUADRO 7 – NÚMERO DE PROTOCOLOS DE MORTE ENCEFÁLICA ABERTOS NOS SERVIÇOS E RESULTADOS NO PERÍODO DE 2020, 2021, 2022 (PERÍODO DOS MESES DA COLETA DE DADOS)	88
QUADRO 8 – DOCUMENTOS QUANTO A SUA NATUREZA LEGAL.....	91
QUADRO 9 – ATIVIDADES DAS EROTTTS - NÚMERO DE CAPTAÇÕES E DE TRANSPLANTES REALIZADOS NO PERÍODO DE 2020 A 2022	94
QUADRO 10 – TEMAS E REFERÊNCIA DE PARTICIPANTES DAS CIHDOTTS...	95
QUADRO 11 – TEMAS E REFERÊNCIA DE PARTICIPANTES DAS EROTTTS.....	97
QUADRO 12 – ATOS E CENAS.....	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos
BVS	Portal da Biblioteca Virtual em Saúde
CEP/SD	Comitê de Ética em Pesquisa/Setor de Ciências da Saúde
CET	Central Estadual de Transplantes
CIBA	<i>Ciba Foundation Symposium: Ethics in Medical Progress</i>
CIHDOTT	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
CNCDO	Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos
CNT	Central Nacional de Transplantes
CFM	Conselho Federal de Medicina
covid-19	Doença do coronavírus-19
DC	Diário de Campo
EROTT	Equipe de Retirada de Órgãos e Tecidos para Transplantes
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MELD	<i>Model for End-stage Liver Disease</i>
MS	Ministério da Saúde
OPO	Organização de Procura de Órgãos
PELD	<i>Pediatric End-Stage Liver Disease</i>
PME	Protocolo de Morte Encefálica
PPGS	Programa de Pós-Graduação em Sociologia
RBT	Registro Brasileiro de Transplantes
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SUS	Sistema Único de Saúde
UDDA	<i>President's Commission for the study of ethical problems a Uniform Determination of Death Act</i>
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UTIs	Unidades de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	O CAMINHO METODOLÓGICO.....	24
2.1	A REPRESENTAÇÃO TEATRAL.....	32
2.2	DAS EXPERIÊNCIAS ÀS TENSÕES.....	34
2.3	A TRAJETÓRIA DA PESQUISA.....	38
3	A IMPERIOSIDADE DA MORTE NO CONTEXTO DA PESQUISA.....	45
3.1	A MORTE NO TEMPO.....	57
4	DA MORTE ENCEFÁLICA AOS TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS.....	65
4.1	A ESTRUTURA DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES.....	66
4.2	A DEMANDA POR ÓRGÃOS NO BRASIL	70
4.3	O PROCESSO DOAÇÃO-TRANSPLANTE.....	79
5	OS DADOS DA PESQUISA.....	85
5.1	DOS DOCUMENTOS E OBSERVAÇÕES.....	85
5.2	DAS ENTREVISTAS.....	94
6	ANÁLISE DOS QUADROS SOCIAIS.....	99
6.1	OS ATORES	99
6.2	ATOS E CENAS	102
6.2.1	1º Ato: A morte.....	104
6.2.2	2º Ato: A doação de órgãos e tecidos.....	119
6.2.3	3º Ato: O Transplante.....	125
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	132
	REFERÊNCIAS.....	138
	APÊNDICE - ROTEIROS PARA ENTREVISTAS.....	146
	ANEXO - NOTIFICAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA.....	148

1 INTRODUÇÃO

Um tema de pesquisa pode surgir de várias fontes, experiências pessoais, profissionais, pesquisas pregressas, dentre uma série de interesses. Esta pesquisa surgiu de aproximações com o “universo” dos Transplantes de órgãos e tecidos, em consonância com experiências pessoais e profissionais.

Das aproximações com o tema pesquisado, a rotina familiar acompanhando uma paciente transplantada, foi sem dúvida, a mais desafiadora aproximação. Como filha de uma paciente renal crônica, foi possível acompanhar todas as etapas de evolução de uma doença grave, progressiva, que ameaça à vida. As possibilidades terapêuticas adotadas, passou pelo tratamento conservador, que busca retardar a piora da função renal e ajuda no controle de sintomas; a hemodiálise, que é um procedimento, no qual uma máquina “limpa e filtra o sangue”; e o Transplante renal onde “um rim saudável de uma pessoa viva ou falecida é doado a um paciente portador de insuficiência renal crônica avançada” (SBN, 2023, *on-line*). Após o transplante o/a paciente é acompanhado frequentemente pela equipe transplantadora, envolvendo consultas médicas e controle de exames. No caso familiar, este cuidado foi realizado por 21 anos, sem dúvida um tempo significativo para um transplantado.

O Processo vivenciado por toda a família para adaptar-se às rotinas e necessidades do/a familiar que está acometido pela doença crônica, e que necessita de cuidados especiais, possibilita uma série de reflexões. Há muito em questão, seja no tocante à condição humana de ser vulnerável, às terapêuticas disponíveis, à doação de órgãos, seja acerca de todos os processos e profissionais envolvidos/as na realização e acompanhamento dos Transplantes.

Uma segunda aproximação com o universo desta pesquisa, se deu no campo profissional. Enquanto Psicóloga, com especialização em Psicologia Hospitalar, área de atuação por mais de 15 anos, dos 24 de graduada. Trabalhando em Instituição Hospitalar de alta complexidade, houve a oportunidade de acompanhar equipes de Transplantes, especificamente, as equipes de Transplantes de rim e fígado. Dessa forma, compondo uma equipe multiprofissional de Transplante, parte das atividades de trabalho era realizar atendimentos de avaliação e acompanhamento de pacientes

e familiares em Ambulatórios de Transplantes, onde são acompanhados pacientes que aguardam por um Transplante e que já receberam um órgão por transplante.

A partir da experiência profissional, houve um impulso ainda maior em buscar conhecimento na área, resultando em um Mestrado em Bioética. Nessa etapa acadêmica, a pesquisa desenvolvida se deu sob a perspectiva da Ética do Cuidado, investigando a questão da identidade para o cuidado, neste caso voltado aos cuidadores informais em saúde.

Neste caminho por buscar expandir o conhecimento na temática dos Transplantes, houve interesse pelo trabalho do Grupo de Pesquisa em Sociologia da Saúde da UFPR, onde após ter sido apresentada a intenção em participar das reuniões do grupo, houve o aceite. Portanto, a participação no Grupo de Pesquisa em Sociologia da Saúde, aconteceu pelo menos dois anos antes do ingresso no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPR (PPGS).

O referido Grupo de Pesquisa se dedica a questões sociológicas referentes à Saúde e à Medicina, ao Processo Saúde-Doença, tendo pesquisas na temática dos Transplantes de Órgãos e Tecidos. Cabe destacar algumas das pesquisas aí produzidas, publicadas como Dissertações, Teses e a produção de Artigos da temática dos Transplantes de órgãos e tecidos:

- 1) A Dissertação de Mestrado em Sociologia de Lazzaretti (2002) intitulada “Transplante renal: trajetória e reconstrução de identidade social”. O estudo dimensiona como a doença renal crônica afeta a vida das pessoas e investiga de que maneira o transplante como modalidade de tratamento pode contribuir para o resgate ou a reconstrução da identidade, devolvendo-lhe “liberdade”. O resultado encontrado foi que, embora a grande maioria dos indivíduos reforça que o transplante trouxe um aumento na qualidade de vida, pode-se concluir “que a doença e a situação pós-transplante encontram ou desencadeiam uma significação particular do sujeito” (Lazzaretti, 2002, p. x). A autora destaca que o conceito de saúde escapa das estatísticas de uma definição de normalidade, que tampouco define um equilíbrio das capacidades adaptativas. E, conclui, que o indivíduo transplantado se percebe normal e dá respostas ativas às demandas da vida (Lazzaretti, 2002, p. x);
- 2) A Tese de Doutorado em Sociologia de Lazzaretti (2008), denominada “O doador vivo no transplante hepático: a dádiva na contemporaneidade”. O

estudo procurou dimensionar “os significados subjetivos que contribuíram para o ato da doação dos doadores de fígado no transplante intervivos” (Lazzaretti, 2008, p. xii) e compreender também os efeitos deste ato na vida e na subjetividade do doador. A autora ressalta que o trabalho se preocupa em mostrar que a “resultante mistura de corpos, que hoje é uma realidade com os transplantes de órgãos, não pode perder de vista que o homem não é uma coisa, por mais que o sistema queira coisificá-lo” (Lazzaretti, 2008, p. xii), pois, constitui uma totalidade que é construída nas relações com o mundo. O ponto comum encontrado entre equipe médica e doadores, é o desejo de “salvar vidas”. Para os doadores efetivos, quando entrevistados no pré-cirúrgico apontavam para os significados de: obrigação, gratidão, compaixão, altruísmo. Já na entrevista no pós-cirúrgico, os significados foram de: orgulho, decepção e arrependimento, sentimento de fracasso. A autora revela que para a equipe médica a doação intervivos é fruto do avanço técnico científico, vista com naturalidade; para os doadores, trata-se de uma dívida “perder para ganhar”, reforçam-se os valores de “laços, prestígio e honra”, onde conclui a autora “o transplante, como uma alta tecnologia médica, propicia uma nova forma de dívida na contemporaneidade” (Lazzaretti, 2008, p. xii);

3) A Dissertação de Mestrado em Sociologia de Stacechen (2009), “Famílias doadoras de órgãos: um estudo sociológico sobre os significados atribuídos à doação”. A pesquisa tem como tema a doação de órgãos de cadáver e como objeto, as famílias de doadores de órgãos. O estudo buscou compreender os significados atribuídos à doação de órgãos pelos familiares envolvidos. O ato de doar órgãos para alguns familiares significou “a possibilidade de extensão de vida do doador [...] imaginariamente, o doador ‘vive’ no receptor” (Stacechen, 2009, p.vi). O autor traz que a partir da relação entre a família doadora e o receptor, são construídas novas relações sociais, passando o receptor a fazer parte da nova família, e que de modo geral, as famílias que estabelecem relações com os receptores, são famílias que tem um modo de vida social mais “compartilhado entre os membros da rede social” (Stacechen, 2009, p. vi). Revela ainda o autor que as novas relações estabelecidas a partir da doação, são marcadas por sentimentos de “dívida e gratidão” o que vem a configurar uma forma de “dívida moderna” (Stacechen, 2009, p.vi);

4) A Tese de Doutorado em Sociologia de Lima (2009) “No fio da sutura: um estudo sociológico sobre a equipe multidisciplinar do Serviço de Transplante Hepático do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná”. O trabalho buscou compreender as “tensões entre a objetividade e a subjetividade, entre a certeza e a incerteza, entre o saber e o ver” (Lima, 2009, p. vi), mesmo com o desenvolvimento das tecnologias de imagem no campo médico. O estudo mostra que “a subjetividade não foi totalmente substituída pela objetividade” (Lima, 2009, p.vi), pois, a imagem precisa de análise e interpretação de um médico. O trabalho “coletivo, institucional e cooperativo” rege as intervenções e o cuidado, mas apresenta diferentes graus de tensão entre o “saber e o fazer” (Lima, 2009, p. vi); segundo a autora, são tensões expressadas pela hierarquia e divisão do trabalho na equipe. Quanto à interação, observou-se que as equipes são unidas pelo consenso, mas, também, por conflitos. A relação médico-paciente, constitui-se na tensão entre o “saber e o sentir”, a autora revela um sofrimento, na medida que se apresentam os limites do transplante, expressada pelo “sentimento de impotência, de frustração” (Lima, 2009, p.vi). Por fim, aponta que a subjetividade que emerge nos membros da equipe é “marcada por conflitos e contradições” (Lima, 2009, p. vi);

5) O artigo de Rasia (2013) “Interacionismo simbólico e transplante hepático”. O autor apresentou questões que envolvem doentes hepáticos graves crônicos e transplantados, “em relação ao tratamento, quanto ao transplante e à posição social que ocupam na relação com a equipe médica, com o círculo familiar e de amigos” (Rasia, 2013, p. 279). Com a observação realizada, chama a atenção para um primeiro achado o que vai nominar de “ilusão linguística” (Rasia, 2013, p. 280) sobre o grau de conhecimento da doença, do tratamento e do transplante. Diante dessa observação, várias questões foram levantadas, e um primeiro estranhamento, as questões como o conhecimento da doença e o domínio do vocabulário médico. Na medida do avançar do estudo e observando as equipes de saúde, chama a atenção para a forma como essas equipes passam detalhadamente as informações. O observado é que se instala uma rede de comunicação entre os pacientes transplantados, pacientes que aguardam por transplante e a equipe, todos

compartilhando o vocabulário médico. Nesse sentido o autor levanta um novo estranhamento: “em que medida o uso desse vocabulário indica, de fato, apropriação de conhecimento e produz efeitos de significação que ajudam o indivíduo a lidar com sua história e sua condição de doente?” (Rasia, 2013, p. 280). O autor chega a algumas conclusões como, a de que o uso desse vocabulário não retira o sujeito da situação concreta de um agravamento na saúde, por exemplo; não articula experiência de sofrimento e esquema interpretativo; o que se manifesta na fala não corresponde a uma atitude de enfrentamento; os efeitos imaginários da doença e do Transplante permanecem intocados; Chama a atenção, o autor, para uma separação entre as palavras: o *self*, a ação e a condição do indivíduo: “a vivência do papel de doente que os indivíduos identificam para si está ancorada no jogo teatral entre o eu e o outro e incorpora as expectativas do outro. A assimilação do vocabulário é a forma que marca essa incorporação para os envolvidos na interação” (Rasia, 2013, p. 283). As considerações finais do estudo mostram que a identidade de transplantado se estabelece na relação com a equipe de Transplantes, familiares e amigos; chegar a esta condição de Transplantado exige passar por alguns momentos dentre eles, a aderência as prescrições da equipe; o conjunto de perdas que o indivíduo com doença hepática passa, desde o diagnóstico até a necessidade de Transplante, enfrentar a cirurgia e o pós operatório; e o terceiro momento, o desafio de uma nova identidade; o autor revela um momento “dramático” onde é preciso fazer uma escolha que compreende “escolher a vida ou a morte” e é nessa escolha que está o desafio de “construir uma nova identidade” (Rasia, 2013, p. 295);

6) O artigo de Rasia e Lazzaretti (2015) “Diagnóstico de doença e narrativa: um estudo etnográfico com transplantados hepáticos”. Os autores tiveram como base a hipótese de que o diagnóstico de doença grave e crônica, quando anunciado pela equipe médica, representa um evento traumático para o doente, onde “produz uma ruptura na temporalidade biográfica do indivíduo. Passado e presente se desconectam e o futuro desaparece como projeto, dando seu lugar para a iminência da morte” (Rasia; Lazzaretti, 2015, p. 32). Segundo os autores, a construção de uma narrativa sobre a experiência vivida aparece como estratégia possível para resolver a ausência de significado da

experiência. Questões como a imagem corporal e a própria identidade, afetadas pelos sintomas da doença, não são resolvidas com o Transplante que também exige uma significação. O estudo encontrou dois grupos: aqueles indivíduos que falam de si e de sua doença usando uma linguagem médica, e os doentes e transplantados que falam de si com pouco uso da linguagem médica. Demonstram que o indivíduo ao conseguir falar de si, da sua história, doença e transplante, passado, presente se articulam em uma narrativa, fazem parte da sua biografia, o futuro passa a estar em projeto. O trauma foi superado, o medo da morte que se mostrava próxima devido aos sintomas da doença, “a vida retoma seus rumos”, assim “a construção da narrativa permitiu-lhes sair do lugar da doença e seus efeitos e tomar a vida desde o ponto em que havia sido suspensa [...]” (Rasia; Lazzaretti, 2015, p. 40).

Assim, também, para expandir os estudos dentro da temática dos Transplantes e com a participação no Grupo de Pesquisa, ingressar no PPGS, oportunizou o desenvolvimento de uma pesquisa, sob a ótica da Sociologia, para tratar das experiências de profissionais envolvidos no Processo Doação - Transplante enquanto atores sociais.

Os Transplantes no Brasil, acontecem a partir da década de 1960, e desde então muitas discussões aconteceram em busca da melhoria dos processos, para que os Transplantes se tornassem uma terapêutica de rotina. Houve, sem dúvida, com a evolução técnico-científica que, trouxe maior segurança no diagnóstico de morte encefálica, condição que alavancou os transplantes, — bem como, na disponibilização de medicações que atuam na rejeição de órgãos transplantados, os imunossuppressores, um crescimento do número de transplantes realizados.

O fortalecimento da estrutura que organiza e coordena os Transplantes no país, com investimentos em logística, capacitação profissional, apoio técnico, colocou o Brasil em destaque no mundo na realização de Transplantes de órgãos e tecidos. A saber, no país 88% dos transplantes são realizados via Sistema Único de Saúde (SUS), segundo os dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2022, *on-line*).

A estrutura que regulamenta e controla as atividades de Transplantes no país, é o Sistema Nacional de Transplantes, vinculado ao Ministério da Saúde. A doação de órgãos pode ser de doador vivo ou doador falecido, sendo este por morte encefálica ou parada cardiorrespiratória.

A doação de órgãos por morte encefálica, será tratada nessa pesquisa de forma exclusiva por estar diretamente relacionada ao denominado Processo Doação-Transplante (Garcia, 2017) onde um grande número de profissionais atuam em diferentes etapas, desde a identificação de um potencial doador em morte encefálica, passando pelo diagnóstico de morte encefálica, a entrevista com a família para a doação, a cirurgia para remoção dos órgãos e/ou tecidos doados, alocação dos órgãos removidos, chegando aos Transplantes.

Foi realizado um estudo, na fase exploratória desta pesquisa, para estabelecer o Estado da Arte, dentro do tema dos Transplantes de Órgãos, tendo como foco profissionais que atuam no Processo Doação - Transplante, chegando assim, às Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTTs).

A pesquisa junto às principais bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PubMed), no período entre 2015-2020, com descritores diretamente relacionados ao tema, localizou 14 artigos, destes, nenhum apresentava o foco pretendido: o papel das CIHDOTTs na doação de órgãos. Não foram encontrados resultados em publicações do campo das Ciências Sociais, nem das Ciências da Saúde, portanto, evidenciou-se tanto uma lacuna deste campo do conhecimento, quanto uma condição de ineditismo.

Também na etapa de levantamento de dados para a realização da pesquisa, foi realizada uma visita à Central Estadual de Transplantes do Paraná e à Organização de Procura de Órgãos (OPO), para conhecer a estrutura, que controla as atividades de Transplantes no Estado. Na visita, foi possível identificar o trabalho realizado junto às CIHDOTTs nos hospitais credenciados para a realização de Transplantes. Também foram identificadas as atividades das Equipes de Remoção de Órgãos e Tecidos para Transplantes (EROTTs), assim nominadas para fins desse trabalho, que são as equipes transplantadoras.

A Central Estadual de Transplantes do Paraná, desde 1995 tem a função de “organizar, coordenar, regular e fiscalizar o Sistema de Transplantes estadual” (Paraná, s.d., *on-line*). A Rede de Transplante do Paraná conta com:

67 CIHDOTTS, que atuam em hospitais de pequeno, médio e grande porte; 4 Organizações de Procura de Órgãos (OPO), em Londrina, Maringá, Cascavel e Curitiba; 4 Câmaras Técnicas – fígado, coração/pulmão, córneas e rins; 22 Equipes de Transplantes de Órgãos; 6 Laboratórios de Histocompatibilidade; e 5 Bancos de Tecidos (Paraná, s.d., *on-line*).

O Sistema Estadual de Transplantes do Paraná, em seu organograma conta com uma assessoria, duas divisões técnicas, sendo uma técnica administrativa, responsável por acesso, credenciamento; controle e avaliação e auditoria pré e pós-transplante. A outra divisão é a técnica operacional, responsável pela Distribuição de Órgãos e pela Distribuição de Tecidos. Além disso, o Sistema Estadual conta com Serviços de Estatística e Informática, Recursos Humanos, Educação Permanente e as OPOs, — atualmente são quatro, situadas, uma na Capital e as outras três em cidades do interior — vinculadas a essas OPOs estão as CIHDOTTS. A partir dos dados levantados, delineou-se o local onde as equipes CIHDOTTS e EROTTs atuam, e foram levantados os possíveis hospitais, que pudessem ser o campo de pesquisa.

Neste cenário, foi desenvolvida a pesquisa no PPGS-UFPR dentro do Eixo Temático: Cultura, Comunicação e Sociabilidades. O estudo das interações e percepções da morte nas CIHDOTTS e EROTTs, tem como objetivo geral, compreender as interações de integrantes das CIHDOTTS com as famílias de potenciais doadores/as, bem como a percepção da morte por integrantes de tais Comissões e das EROTTs. Trata-se, portanto, de um estudo das experiências de integrantes das CIHDOTTS e das EROTTs, no Processo Doação-Transplante, onde possíveis tensões sociais podem existir devido às especificidades das atividades dessas equipes.

Alguns objetivos específicos foram traçados: verificar como se constituem essas Comissões e Equipes; identificar o perfil sociodemográfico de integrantes das CIHDOTTS e das EROTTs; descrever as especificidades das atividades de cada Comissão dentro do Processo Doação-Transplante; identificar as percepções sobre a morte por integrantes dessas equipes; identificar possíveis tensões nas interações, a exemplo das CIHDOTTS com as famílias de potenciais doadores/as; levantar os documentos públicos sobre as funções das CIHDOTTS e EROTTs; e, cotejar os dados públicos com os dados levantados na pesquisa.

Como participantes da pesquisa, foram convidados/as: profissionais integrantes das CIHDOTTS, portanto, que atuam desde a identificação de potenciais

doadores/as, acompanham o Protocolo para Diagnóstico de Morte Encefálica, e realizam a entrevista familiar para a doação; e, profissionais que atuam nas EROTTs, realizam a cirurgia de remoção dos órgãos doados que seguirão para Transplantes, sendo também os/as profissionais transplantadores.

Uma série de questões, compõem a “pergunta de pesquisa”: Quais as experiências dos/as participantes enquanto atores sociais do Processo Doação-Transplante para suas atividades? Quais as possíveis tensões identificadas por esses/as dentro desse processo? Sendo que possíveis tensões podem ser pensadas, tendo em vista o complexo processo e os papéis desses/as, trazendo tensão entre a posição ocupada pelo ator e a ação a ser executada por esse, qual o significado dessas ações para esses atores?

Seja na principal interação das CIHDOTTs com as famílias para a entrevista para a doação, seja na intervenção no corpo morto, para a remoção dos órgãos doados para Transplantes, realizadas pelas EROTTs, talvez seja possível inferir que haja “situações problemáticas”, conforme as condições descritas por Strauss (1999, p. 64): onde “uma pessoa que tenta definir a situação está também envolvida, necessariamente, com problemas de motivação”. A hipótese é de que haja motivações suficientes para que existam tensões.

As experiências dos atores nesse processo, podem corroborar na identificação de possíveis tensões, que por sua vez podem impactar no resultado do Processo Doação-Transplante, fazendo-se relevante diante do complexo desafio social que é a doação de órgãos e tecidos para Transplantes. Nesse sentido, busca-se a compreensão da ação social dos atores desse processo, identificando pelas percepções, os significados e as motivações, para isso a reflexão se dá a partir do conceito proposto por Weber (2002).

Metodologicamente, a partir de uma perspectiva microssociológica, a opção foi por adotar as referências do Interacionismo Simbólico para a compreensão do objeto, no estudo das Experiências. A Análise de Quadros de Goffman (2012), foi utilizada para a compreensão sobre como os atores fazem o enquadramento de suas atividades, quais significados atribuem. Também com Goffman (2009, p. 76), buscou-se compreender as motivações dos atores, pois, essas devem “expressar as características da tarefa que é representada e não as do ator”.

O conceito de “situação” é relevante para as análises das experiências, interações e tensões, desses/as profissionais que atuam em um contexto, permeado pela morte, que se faz imperiosa enquanto fato social. Por um lado, uma família lida com a morte e precisa, ainda tomada pelo sofrimento da perda, tomar uma decisão sobre o corpo do outro — mesmo que o indivíduo tenha manifestado em vida o desejo de ser ou não doador, cabe legalmente a família tomar a decisão da doação. Por outro lado, equipes buscam atender a demanda de indivíduos que em risco de morte, necessitam de um órgão para Transplante. Essa pesquisa abordará somente a doação de órgãos por morte encefálica, conceito de morte, que foi o responsável pela consolidação dos transplantes enquanto terapêutica. Assim, a proposta dessa pesquisa, com a referência da Análise de Quadros de Goffman (2012), busca compreender as experiências dos atores sociais do Processo Doação-Transplante, as tensões existentes nesse processo.

As situações a que se remete, ao tratar do cotidiano de atividades desenvolvidas por integrantes das CIHDOTTs e das EROTTs, acontecem no ambiente hospitalar. O campo de pesquisa, portanto, se estabeleceu tendo como cenário o local onde ocorrem essas atividades.

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, tendo como referencial teórico o Interacionismo Simbólico. As experiências de integrantes das CIHDOTTs e das EROTTs, constituem o objeto dessa pesquisa. As funções desempenhadas por integrantes de tais Comissões e Equipes em suas atividades, configuram-se de relevância para a Sociologia, a fim de elucidar possíveis tensões sociais, que ajudam a expandir as reflexões diante do desafio social da “doação de órgãos”, podendo trazer luz a novos conceitos e paradigmas.

O estudo de doutoramento foi dividido em duas etapas, sendo a primeira etapa da pesquisa: documental, bibliográfica e de campo; e a segunda etapa: de análise de dados. O trabalho está dividido em capítulos que trazem a metodologia, o referencial teórico, apresentação dos resultados e discussões, e as considerações finais.

No primeiro capítulo, apresenta-se o caminho metodológico da pesquisa, dentro de uma abordagem qualitativa de perspectiva microsociológica que privilegia o referencial teórico e metodológico do Interacionismo Simbólico e apresenta como proposta de análise dos dados da pesquisa, a Análise de Quadros de Goffman (2012). Ainda se descreve a trajetória da pesquisa, que traz o impacto da Pandemia da

doença do coronavírus-19 (covid-19), nesse contexto, as descrições da entrada no campo de pesquisa e o contato com participantes. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram as entrevistas, a pesquisa documental e a observação participante.

O segundo capítulo traz a imperiosidade da morte no contexto da pesquisa, as mudanças nos critérios de morte, da morte fundada no coração, para a morte fundada no cérebro, iniciando no diagnóstico de morte encefálica, o Processo Doação-Transplante. Assim o conceito de morte encefálica, aspectos clínicos e éticos, as etapas de um Protocolo para Diagnóstico de Morte Encefálica (PME), foram apresentados. Também se apresenta a visão e discussões de autores da História, Antropologia, Psicologia, Sociologia e Filosofia, montando um retrato da morte ao longo do tempo com as mudanças nas suas representações e universo simbólico.

Da mudança dos critérios de morte aos Transplantes, delineia-se o terceiro capítulo, apresentando o cenário dos Transplantes de órgãos e tecidos no Brasil, a estrutura que organiza e controla as atividades de Transplante no país, bem como a demanda do país por órgãos e a regulação da lista de espera para Transplantes. Também são apresentadas neste capítulo, as etapas do Processo Doação - Transplantes, onde são desenvolvidas as atividades dos/as participantes de pesquisa, integrantes das CIHDOTS e das EROTTs.

Os dados da pesquisa, coletados por meio de entrevistas, de pesquisa documental e de observações, estão apresentados no quarto capítulo.

No quinto capítulo, encontra-se a análise dos resultados e a discussão. Dentro da proposta de “análise de quadros sociais”, de Goffman (2012), utilizando-se da metáfora da representação teatral, faz-se uma apresentação dos atores sociais, dos Atos e das Cenas da grande peça teatralizada. Os Atos constituem-se de cenas, cujos temas estão interligados. Já as Cenas, constituem-se pelo número de personagens em ação. Assim, procura-se retratar o universo pesquisado, conforme o enquadramento dado pelos atores sociais do Processo Doação - Transplante.

Por fim, faz-se considerações finais sobre o trabalho de análise da experiência social, com as hipóteses levantadas, e a compreensão das Tensões de profissionais atuantes no Processo Doação -Transplante.

2 O CAMINHO METODOLÓGICO

Metodologicamente esta pesquisa privilegia o Interacionismo Simbólico. Esta é a proposta teórica que “fundamenta o comportamento humano como autodirigido e observável em dois sentidos, o simbólico e o relacional” (Minayo, 2014, p.153).

Segundo Blumer ([1969]1986, p. 11), que nominou essa teoria assim como é conhecida, o Interacionismo Simbólico segue algumas premissas, a primeira refere-se “[...] ao mundo fundamentando-se nos significados que este lhes oferece. Tais elementos abrangem tudo que é possível ao homem observar em seu universo”. Já “a segunda premissa consiste no fato de o significado de tais elementos serem provenientes da ou provocados pela interação social que se mantém com as demais pessoas” (Blumer [1969]1986, p. 11).

Ainda para o autor, “a terceira premissa reza que tais significados são manipulados por um processo interpretativo (e por este modificados) utilizado pela pessoa ao se relacionar com os elementos com que entra em contato” (Blumer [1969]1986, p. 11).

Blumer ([1969]1986) faz uma distinção de como o Interacionismo Simbólico compreende este significado, sendo diferente do que a Psicologia vai privilegiar, que são os estímulos, atitudes, motivos conscientes e inconscientes para explicar a conduta humana. E, também, diferente da Sociologia, por privilegiar as posições sociais, os papéis sociais, prescrições culturais e associação em grupo para essa explicação.

Na perspectiva do Interacionismo Simbólico, “ignorar os significados dos elementos com que os seres humanos se relacionam é falsificar o comportamento que se analisa”, pois, o significado é fruto da interação humana (Blumer [1969]1980, p. 120). O mesmo autor reconhece que George Herbert Mead¹ fez “a mais penetrante análise da interação social”, pois:

¹ “Na perspectiva de Mead, os seres humanos, eram distintos de outras criaturas, uma vez que são dotados de consciência. Em sua perspectiva, os símbolos significantes permitem aos atores, compartilharem significados, e, partir daí, estabelecerem uma comunicação, entre eles, destacando que a interação entre os indivíduos, envolve um complexo processo de interpretação, na medida em que procuram, refletir constantemente, e interpretar continuamente, as palavras e gestos do outro. Destacava que o ator procura também compreender o contexto da situação, na qual se encontra, momentaneamente inserido. A partir de insights de John Dewey, Mead ressalta a relação recíproca entre indivíduo e sociedade- que até então, na sociologia norte-americana, eram percebidos como entidades separadas- e concebe a mente humana como o produto de um ativo processo de interação

Mead identifica duas formas ou níveis de interação social na sociedade humana. Refere-se aos mesmos como 'a conversação dos gestos' e 'o uso de símbolos significantes' [...] serão denominados 'interação não simbólica' e 'interação simbólica' [...] a interação simbólica, ocorre quando se reage diretamente à ação de outra pessoa sem interpretá-la; [...] refere-se à interpretação do ato (Blumer [1969]1986, p. 125).

George Herbert Mead, um pragmatista, é autor clássico da Psicologia Social e na Sociologia é considerado um dos fundadores do Interacionismo Simbólico. Em “Espírito, persona y sociedade” (1972), descreve de forma densa como a mente e o *self* individuais, são de origem do social. Para Mead, o indivíduo se origina a partir do social, fortalecendo uma teoria social do *self*, por ser dentro da experiência, e atividade social, que o *self*, se constitui. O modelo de Sociedade para o autor, é orgânico, onde os indivíduos estão relacionados no processo social, também para ele, o princípio básico para a organização social humana é a comunicação tendo sempre a participação do outro. Para Mead (1972, p. 271, tradução nossa):

da mesma forma sociofisiológica como o indivíduo humano adquire consciência de si mesmo, ele também adquire consciência de outros indivíduos; e a consciência que tem de si mesmo e dos outros indivíduos é igualmente importante para seu desenvolvimento pessoal e para o desenvolvimento da sociedade organizada ou do grupo social a que pertence.

Essa condição apresentada pelo autor, requer o “aparecimento do outro na pessoa, a identificação do outro com a pessoa, a obtenção da autoconsciência através do outro” (Mead, 1972, p. 271, tradução nossa). Segundo o autor essa comunicação só é possível graças ao tipo de comunicação que o animal humano realiza, diferente de outras formas que não possuem esse princípio em suas sociedades (Mead, 1972, p. 271-272).

Mead foi professor de Blumer e, segundo apresenta Martins (2013, p. 235), mais tarde, dentre o grupo de docentes do Departamento de Sociologia de Chicago (EUA), foi Blumer quem levou adiante o legado intelectual dos pioneiros do Departamento, onde “assumiu a tarefa de sistematizar e codificar o legado intelectual”:

[...] destacou as significativas contribuições dos seus trabalhos para compreender a capacidade criativa da atividade humana diante do mundo social, a dimensão autorreflexiva utilizada pelos indivíduos diante das

social, de tal forma que, em sua visão, os indivíduos percebem o mundo e se situam nele, na medida em que se colocam no papel do outro (taking the role of the other)” (Martins, 2013, p. 229).

situações sociais, o incessante aspecto interpretativo realizado pelos indivíduos durante os processos interacionais, a orientação de inserir a análise do comportamento humano, em tempo e espaço específicos como condição *sine qua non* de sua inteligibilidade e integrou essas orientações que se encontravam subjacentes no trabalho desenvolvido pelo Departamento de Chicago, em um *corpus* teórico designado por ele em 1937 de *Interacionismo Simbólico* que, a partir de então, se expandiu, diversificou-se internamente e integrou-se ativamente no panorama metodológico e teórico das ciências sociais contemporâneas (Martins, 2013, p. 235, grifos no original).

O termo “Interacionismo Simbólico”, legado do departamento de Sociologia de Chicago (1920-1930), segundo Martins (2013), não foi utilizado para os trabalhos que vinham sendo realizados dentro do Departamento. Contudo, as pesquisas empíricas e as reflexões que ali eram realizadas, a respeito do processo de interação entre o indivíduo e a sociedade, contribuíram posteriormente para uma “nova postura explicativa da vida social” (Martins, 2013, p. 217).

Herdeiro do Interacionismo Simbólico, da Escola de Chicago, e aluno de Blumer, Erving Goffman demonstrou como episódios do cotidiano, tomam uma dimensão importante na análise sociológica. Sendo assim sua obra, associada a abordagem sociológica da vida cotidiana, ganhará maior expressão nessa pesquisa, buscando compreender as ações dos atores sociais no contexto da pesquisa.

Segundo Joseph (2000, p. 77-78), na microanálise, a noção de contexto tem várias acepções complementares, podendo ser ao mesmo tempo, tanto “o quadro local e perceptivo no qual se desenvolve uma atividade (*setting*)”, como “elementos do ambiente institucional e etnográfico que servem de segundo plano a essa atividade, e, por fim, o próprio espaço da palavra” — esse espaço “ao qual os participantes se referem durante uma troca”. Portanto, “a competência de um agente se definiria, assim, em três níveis: na capacidade de focalizar o acontecimento; de mobilizar os conhecimentos secundários; e de interpretar o curso da ação” (Joseph, 2000, p. 77-78).

Com princípios do caráter dramático, Goffman ([1956]2009) buscou compreender os vários papéis sociais que um indivíduo representa, ou seja, a imagem que ele tem de si mesmo, e as que querem apresentar ao público, não sendo possível, perceber se suas representações são de si mesmo enquanto pessoa ou as representações de um personagem. O autor, na obra “A representação do eu na vida cotidiana” ([1956]2009), tratou do comportamento humano em situação social, da forma como os indivíduos se apresentam aos outros. Utilizando-se da perspectiva da

representação teatral, o autor mostra que é possível estudar a vida social, dentro de limites físicos, apresentando um quadro de referências que pode ser replicado:

venho usando o termo 'representação' para me referir a toda atividade de um indivíduo que se passa num período caracterizado por sua presença contínua diante de um grupo particular de observadores e que tem sobre estes alguma influência. Será conveniente chamar de fachada a parte do desempenho do indivíduo que funciona regularmente de forma geral e fixa com o fim de definir a situação para os que observam a representação (Goffman, [1956]2009, p. 29).

Goffman ([1956]2009, p. 29) denomina de “fachada” àquele “equipamento expressivo de tipo padronizado intencional ou inconsciente empregado pelo indivíduo durante sua representação”. Por detrás dessa fachada, existem partes padronizadas, que o autor vai distinguir, como “cenário”, que compreende a “decoração” do palco onde se desenrola a ação, o que acontece neste palco seria referente as partes cênicas. O autor utiliza o termo “fachada pessoal” se referindo a outros itens que chama de “equipamento expressivo”, que são os equipamentos próprios, e distingue enquanto função e categoria:

[...] vestuário, sexo, idade e características raciais, altura e aparência; atitude, padrões de linguagem, expressões faciais, gestos corporais e coisas semelhantes. Alguns desses veículos de transmissão de sinais, como as características raciais, são relativamente fixos e, dentro de um certo espaço de tempo, não variam para o indivíduo de uma situação para outra. Em contraposição, alguns desses veículos de sinais são relativamente móveis ou transitórios, como a expressão facial. E podem variar, numa representação, de um momento a outro (Goffman [1956]2009, p. 31).

Ainda, segundo Goffman ([1956]2009, p. 31), por vezes, é conveniente dividir os estímulos da fachada pessoal em “aparência” e “maneira”. A divisão leva em consideração, a “função exercida pela informação que esses estímulos transmitem”, a exemplo, a “aparência”, que revelam o “*status* social do ator”, também demonstra sobre a atividade social, se é recreação, trabalho, ou ciclos da estação ou da vida.

Também, a maneira e a aparência podem ser contraditórias, mesmo esperando que sejam coerentes. O conceito da “fachada”, pode auxiliar na compreensão dos papéis profissionais desempenhados pelos atores sociais nas diferentes situações do contexto da pesquisa. Quais aparelhos expressivos são percebidos? Como apresentam suas práticas?

Goffman (2009, p. 36) explica que:

a fachada social pode ser dividida em partes tradicionais tais como cenário, aparência e maneira e que (visto que diferentes práticas regulares podem ser apresentadas por trás da mesma fachada) não encontramos um ajustamento perfeito entre o caráter específico de uma atuação e o aspecto socializado geral em que nos aparece.

Segundo Joseph (2000), o conceito de “atividade situada” de Goffman, auxilia a pensar nas situações em que as atividades profissionais são desenvolvidas. Esse conceito foi defendido por Wright Mills (1982), desde a década de 1940, partindo de uma Sociologia da Linguagem. Para Joseph (2000, p. 22, grifos no original), remetendo a um paradigma: “ele designa a atividade não nos seus *motivos* e na sua elaboração subjetiva, mas nas suas *consequências* e no seu *vocabulário*”. De forma que:

uma situação constitui-se em realidade de pleno direito em relação a uma testemunha que a questiona. uma atividade situada é, pois, uma atividade descritível ou suscetível de ser repetida e que os participantes explicam em seu vocabulário mediante justificativas, desculpas ou reparações (Joseph, 2000, p. 23).

Para Nunes (1993, p. 35), Goffman não deixou como legado uma “escola”, contudo, destaca que apesar das críticas escreveu o que chamou de “um dos mais importantes tratados de Sociologia”, se referindo à obra *Frame Analysis* (1974), posteriormente traduzida como “Os quadros da experiência social: uma perspectiva de análise” (Goffman, 2012).

O referencial metodológico do enquadramento possibilita a análise de diversas situações, dentre elas a que esta pesquisa se propõe a investigar. A Análise de Quadros vem sendo utilizada como referencial metodológico em áreas distintas, como na Sociologia, Educação, Comunicação e Saúde. Para Nunes (1993, p. 39), o objetivo da Análise de Quadros é a “articulação entre a análise da interação, a experiência dos participantes e a dimensão cognitiva da participação em situações sociais”.

A proposta de Goffman (2012) traz a experiência de cada indivíduo, levando em conta a realidade onde está inserido, como as situações são enquadradas e sentidas pelos indivíduos, e esse enquadramento, é feito por meio da percepção, do que está ocorrendo em um dado momento. Ou seja, “trata da organização da experiência — algo que um ator individual pode admitir mentalmente-e não da organização da sociedade” (Goffman, 2012, p. 37). O autor fornece alguns termos

nessa proposta de tema, que se faz necessário, explicitar, dentre eles, o conceito de quadro (*frame*), conforme sentido dado por Bateson, Goffman (2012, p. 34) o utiliza, para emoldurar as experiências, partindo do pressuposto que:

as definições de uma situação são elaboradas de acordo com os princípios de organização que governam os acontecimentos — pelo menos os sociais — e nosso envolvimento subjetivo neles; quadro é a palavra que uso para referir a esses elementos básicos que sou capaz de identificar.

A preocupação é com o que um indivíduo está atento em um momento específico, portanto, é uma perspectiva situacional, essa realidade não se restringe ao “encontro face a face”. Nesse sentido, no contexto desta pesquisa, o método auxilia a compreender por meio das experiências dos atores sociais do Processo Doação-Transplante, como significam suas atividades? Como buscam as respostas para a questão tal qual Goffman (2012) propõe: O que está acontecendo aqui?

Outro termo utilizado pelo autor é a “faixa” [*strip*], um “recorte arbitrário do fluxo da atividade em curso, incluindo aqui as sequências de acontecimentos, reais ou fictícios”. Ainda para o autor, a “faixa” não vai refletir uma divisão feita por participantes da pesquisa ou uma divisão daqueles que pesquisam, e sim, será utilizada para designar ocorrências (seja qual for seu status na realidade) que alguém quer chamar a atenção para a análise (Goffman, 2012, p. 33).

Quando um indivíduo reconhece um acontecimento, ele vai envolver na sua resposta um ou mais esquemas de interpretação, que será definida como primária. Essa interpretação, é considerada como não dependente de nenhuma interpretação anterior. Esses esquemas primários, segundo Goffman (2012), se dividem em naturais e sociais e essa divisão se deve ao fato da atribuição de causalidade para as ações.

Os esquemas primários naturais são aqueles que do início ao fim, seus determinantes não são dirigidos. Os esquemas naturais, são físicos, não guiados, não orientados. Já os esquemas ou quadros primários sociais, incorporam vontades, objetivos: “fornecem uma compreensão de fundo para os acontecimentos que incorporam a vontade, o objetivo e o esforço de controle de uma inteligência de um agente vivo, sendo o principal deles, o ser humano” (Goffman, 2012, p. 46).

Goffman (2012, p. 52-61) considera que, mesmo insatisfatória, a noção de esquema primário permite considerar cinco temas e sua incidência sobre a

“compreensão geral do funcionamento do mundo”. Os temas são: o complexo surpreendente, interesses cosmológicos, pexotadas, casualidade, tensão; sendo que:

‘complexo surpreendente’ [*astounding complex*] [...] ocorre, ou faz com que ocorra, um acontecimento que leva os observadores a duvidar de sua abordagem geral dos acontecimentos, porque parece que, para explicar a ocorrência será necessário admitir novos tipos de forças naturais ou novos tipos de capacidades diretivas, envolvendo estas últimas, talvez novos tipos de agentes ativos. Aqui se incluem o que parece ser visitas e comunicações do espaço sideral, os milagres de cura religiosa, as visões de monstros das profundezas, as levitações, os cavalos dotados de pensadores matemáticos, a adivinhação, a comunicação com os mortos, e assim por diante (Goffman, 2012, p. 53);

‘interesses cosmológicos’, que em alguns aspectos são mais amplos que possamos ter, prestam seu apoio a um modesto entretenimento: a exibição de proezas, ou seja, a manutenção da direção e do controle por parte de algum agente voluntarioso em condições consideradas quase impossíveis. Encontra-se aqui os feitos de malabaristas, funâmbulos, cavaleiros equilibristas, surfistas, esquiadores habilidosos, lançadores de facas, saltadores de trampolim, pilotos temerários e, atualmente, os astronautas, sendo estes últimos os heróis máximos, embora tenham que compartilhar os méritos com a tecnologia americana (Goffman, 2012, p. 55);

‘pexotadas’ [*muffings*], ou seja, as ocasiões em que o corpo, ou algum outro objeto que se supunha sob comando seguro, inesperadamente se solta, desvia-se do curso ou de qualquer forma escapa do controle, ficando totalmente sujeito às forças naturais- e não apenas condicionado por elas- com a consequente ruptura da vida organizada. Assim as ‘trapalhadas’, as ‘mancadas’ – e quando deveria ter havido o controle no sentido na conversação, ‘as gafes’ (Goffman, 2012, p. 57);

‘casualidade’, termo que significa aqui que um acontecimento significativo pode vir a ser visto como produzido incidentalmente. Um indivíduo, guiando de maneira apropriada suas ações, defronta-se com o funcionamento natural do mundo de uma maneira que não se pode esperar que ele preveja, com resultados consequentes. Ou dois ou mais indivíduos sem qualquer ligação entre si e sem orientação mútua, cada qual guiando adequadamente suas próprias ações, provocam conjuntamente um acontecimento imprevisto que é significativo — e estes atores produzem esse efeito ainda que suas contribuições permaneçam totalmente sob controle. Falamos aqui do acaso, coincidência, sorte ou azar, acidente e assim por diante (Goffman, 2012, p. 59);

‘tensão’ [...] os indivíduos podem configurar de maneira bastante complexa aquilo que veem de acordo com o esquema aplicado oficialmente. Mas esta capacidade tem um limite. Certos efeitos passam de uma perspectiva na qual os acontecimentos podem ser facilmente vistos para outra perspectiva radicalmente diferente, caso seja esta última a que se aplica oficialmente. O caso mais bem documentado talvez seja o lento desenvolvimento do óbvio direito do pessoal médico de aproximar-se do corpo humano nu com uma perspectiva natural, e não social (Goffman, 2012, p. 61).

Esse conjunto de esquemas primários constituem elemento central de sua cultura, de onde saem modelos interpretativos como sistemas de crenças. As perspectivas primárias, tanto naturais como as sociais, segundo Goffman (2012),

afetam não só os/as participantes de uma determinada atividade, mas também seus observadores/as. Parece ser difícil olhar algo, sem aplicar um esquema primário “tecendo assim conjecturas sobre o que ocorreu antes e expectativas sobre o que provavelmente vai ocorrer agora” (Goffman, 2012, p. 65).

Quando uma atividade, que já tem um significado, é transformada, vista por participantes como diferente, recebe o conceito de “tom” [*key*]. O processo pode ser chamado de “tonalização” e traduz o que já tem significado, vem de um conteúdo primário, são maneiras de ver determinada situação, acrescentando camadas de significados. As tonalizações podem acontecer inúmeras vezes, atribuindo ainda mais camadas, obtendo retonalizações para a faixa de atividade pré-concebida.

As tonalizações transformam o que cada participante está vendo/apreendendo da situação, reposicionando o visto/apreendido a partir de uma nova percepção, que é acrescentada de significações. Segundo Goffman (2012, p. 111) as tonalizações parecem variar “de acordo com o grau de transformação que produzem”. Um exemplo interessante que o autor apresenta, é a transformação de um romance em uma peça de teatro, nesse sentido, pode ser fiel ou próximo, a depender da liberdade em relação ao texto original, chamando a atenção aqui ao próprio quadro, quando se tem em conta, a forma como o romance pode ser apresentado, de forma mais completa ou roteirizado (Goffman, 2012, p. 111).

Ainda nas transformações, existem as “tramas ou maquinações”. Enquanto nas tonalizações todos os indivíduos percebem uma determinada situação da mesma forma, nas “maquinações” há diferença, são provocadas, induzindo a uma nova percepção do que está acontecendo. Tanto as tonalizações como as maquinações, dependem de um modelo, um esquema primário de significados.

Nas maquinações a diferença é um esforço intencional, que pode ser de um ou mais indivíduos para manobrar pessoas, ou seja, para que sejam induzidas a uma falsa ideia do que está acontecendo. Há uma distinção entre indivíduos que planejam uma determinada situação, que podem ser chamados de maquinadores, dos que são intencionalmente enganados, sendo considerados vítimas:

observe-se que, para os participantes de um engano, que está ocorrendo é uma maquinação; para aqueles que são enredados, o que está ocorrendo é aquilo que está sendo maquinado. A borda do quadro é uma armação, mas apenas os maquinadores o sabem (Goffman, 2012, p. 120).

Quando essa maquinação é descoberta, a faixa de atividade, desmorona, e se tem a necessidade de uma reestruturação. Porque ao contrário das tonalizações, as maquinações estão sujeitas a um descrédito. Para o autor, a definição de uma situação termina quando outras se “impõem”, ou ainda podem ser interrompidas “violentamente” (Goffman, 2012, p.120).

As maquinações podem ser classificadas de várias formas, de acordo com sua duração ou com o número de indivíduos enredados, podem ser também de acordo com os materiais manipulados. Ainda quanto à finalidade, podem ser benignas, ou planejada no interesse da vítima, ou segundo ao autor, pelo menos não contra seus interesses, “inofensivas”. Outra categoria a ser considerada são as maquinações do tipo “exploratórias”, estas ao contrário das benignas, podem levar a uma “ação legal supressiva, criminal ou civil, como a movida contra certas formas de conto-do-vigário” (Goffman, 2012, p. 143).

2.1 A REPRESENTAÇÃO TEATRAL

Para Goffman (2012, p. 165) o mundo é como um palco, onde os indivíduos se exibem, gastam seu tempo nele, uma grande metáfora da vida. Em uma atuação teatral, no sentido apresentado, o indivíduo se transforma em ator cênico, onde também passa a provocar um “comportamento participante” nas pessoas que representam a “plateia”, esta por sua vez não tem, segundo o autor, “nem o direito nem a obrigação” de participar da ação dramática no palco.

Tem-se uma distinção feita pelo autor no tocante a atuação teatral, e reforça o conhecimento dos seguintes termos:

reservemos o termo ‘peça’ [*play*] para o texto escrito do autor, o termo ‘representação’ [*playing*] para a execução do começo ao fim da peça diante de uma plateia determinada. O termo ‘produção’ [*production*] pode referir-se ao esforço de um determinado elenco por ocasião de qualquer temporada da peça, definindo aqui ‘temporada’ como a série completa de representações apresentadas por um elenco com base num período contínuo de preparação. Uma temporada pode ter apenas uma única representação, mas a economia da produção impõe outra coisa (Goffman, 2012, p. 169).

Também uma série de outros termos, referidos por Goffman (2012), será retomado como: “papel” [*role*] entendendo que esse ocorre tanto na vida real, fora do palco, como na cena, referindo-se tanto à capacidade como função; “pessoa” [*person*]

que diz respeito àquele que possui uma biografia; “parte”[*part*] ou “personagem” [*character*], que é a versão encenada pelo indivíduo.

O que o autor chama a atenção é o cotidiano, onde nem sempre o indivíduo está consciente do que representa na vida, muitas vezes, a atenção está no papel que ele desempenha, em atividades dentro e “fora do quadro”. Para Goffman (2012, p. 255), uma característica que marca qualquer faixa de atividade é “a capacidade de seus participantes de ‘desatenderem’ a acontecimentos concorrentes”. Ou seja, não dar atenção a outras atividades; estas estariam fora do quadro constituindo, por vezes, em uma certa ameaça ao envolvimento adequado dos atores para determinada atividade.

A proposta metodológica da Análise de Quadros se alinha à pretensão em identificar as experiências de integrantes das CIHDOTTs e EROTTs em suas atividades no Processo Doação - Transplante. A hipótese é de que possíveis tensões ocorram, tendo em vista as especificidades do trabalho no Processo Doação - Transplante.

Buscou-se compreender as experiências dos/as participantes, com uma proposta de análise qualitativa, que parece ser a adequada. Conforme apresenta Minayo (2014, p. 57), esse tipo de análise se caracteriza pela “empíria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão lógica interna do grupo ou do processo em estudo”, e se aplica:

[...] ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Também para Denzin (2006, p. 367), “o domínio da investigação qualitativa proporciona algumas das mais ricas e compensadoras explorações disponíveis na ciência social contemporânea”. Esta é uma das razões pelas quais vem ganhando expressão e diversificação em diversos contextos, apesar de questionada por algumas abordagens e, também, por pesquisadores/as.

Os diversos enfoques deste tipo de pesquisa têm características comuns, uma delas é descrever e explicar os fenômenos sociais, analisando as experiências dos indivíduos, a biografia, as práticas cotidianas e as práticas profissionais. Esse processo se dá pelo exame das interações, das ações, da linguagem, por meio da observação, de entrevistas, da análise de documentos. Afinal:

essas abordagens têm em comum o fato de buscarem esmiuçar a forma como as pessoas constroem o mundo à sua volta, o que estão fazendo ou o que está lhes acontecendo em termos que tenham sentido e que ofereçam uma visão rica. As interações e os documentos são considerados como forma de constituir, de forma conjunta (ou conflituosa), processos e artefatos sociais. Todas essas abordagens representam forma de sentido, as quais podem ser reconstruídas e analisadas com diferentes métodos qualitativos que permitem o pesquisador desenvolver modelos, tipologias, teorias (mais ou menos generalizáveis) como formas de descrever e explicar questões sociais (e psicológicas) (Flick, 2009, p. 8-9).

2.2 DAS EXPERIÊNCIAS ÀS TENSÕES

Delineia-se o objeto dessa pesquisa como: o estudo das experiências de profissionais das CIHDOTTs e EROTTs e tensões no Processo Doação - Transplante. Como as experiências podem auxiliar a compreender o sentido e significado atribuídos às ações humanas? Que papel as experiências desempenham nas relações humanas cotidianas? Essas são algumas questões reflexivas que auxiliam a identificar possíveis tensões sociais no contexto da pesquisa: o Processo Doação -Transplante.

Como profissionais envolvidos/as nesse Processo significam suas experiências? Quais são suas percepções, sendo essas representações mentais da realidade? Tal como refere Chauí (2000), a percepção, sendo a maneira como a consciência relaciona-se com o mundo, mediado pelo corpo, também é uma vivência que possui uma estrutura onde “há o ato de perceber (pela consciência) e há o correlato percebido (a coisa externa)”. O indivíduo percebe por perspectivas, pois, os sentidos não conseguem buscar de uma só vez, nem de modo total, o mundo exterior (Chauí, 2000, p. 301). A percepção cotidiana, para Merleau-Ponty (2017, p. 22), “não é um mosaico de qualidades, mas a de um conjunto de objetos distintos”. Assim, com o intuito de pesquisar a natureza da percepção, Merleau-Ponty (1908-1961) estudou as noções de consciência e sensação, evidenciando questões importantes referentes à Psicologia da Percepção, carregada de pressupostos filosóficos. Segundo o autor, são introduzidos com noções de “sensação, imagem mental, lembrança entendida como um ser permanente [...]” (Merleau-Ponty, 2017, p. 18).

Sendo a percepção um modo da consciência relacionar-se com o mundo, o quanto de cada indivíduo está implicado nas explicações que dá as suas experiências? Talvez, caiba ampliar ainda mais essa pergunta: qual explicação o indivíduo dá as suas ações? É possível identificar a estreita ligação entre percepção e representação social.

Moscovici (2009) demonstra que “reações emocionais, percepções e racionalizações não são respostas a um estímulo exterior”, são respostas, ligadas a categorias, onde os indivíduos classificam e nomeiam, assim as representações sociais, segundo o autor, determinam tanto o caráter do estímulo, quanto a resposta. Para ele, “manipulamos representações quando pensamos que estamos manipulando motivações, inferências, percepções e é somente porque levamos em consideração, que estamos convencidos do contrário” (Moscovici, 2009, p. 100).

As representações sociais têm um conteúdo específico, são diferentes de uma sociedade para outra, ou de uma esfera para outra, contudo, existem temas que perduram como “imagens conceito” ou que são objetos de controvérsias antes de serem questionadas. Quais seriam essas imagens conceito?

Moscovici (2009) coloca em questão se seriam “imagens conceito”, ou “concepções primárias”, ou ainda “noções primitivas”, e conclui que seria algo de tudo isso. Seria onde “todos os nossos discursos, nossas crenças, nossas representações, provém de muitos outros discursos e muitas outras representações elaboradas antes de nós e derivadas delas” (Moscovici, 2009, p. 242).

Tomando a morte, como uma dessas “imagens conceito”, mesmo tendo passado por mudanças no seu universo simbólico, inscrita em contextos sociais e culturais distintos, tem-se crenças que vêm muito antes do entendimento. Em um contexto permeado pela morte, nesse processo, como apreender o simbólico?

Para Jodelet (2017, p. 69) ao tratar da apreensão do simbólico, do histórico e cultural, o desafio para a prática científica que é “articular as observações e as descrições localizadas e particulares com formulações teóricas de caráter geral”. Assim propõe-se examinar nessa pesquisa, como a morte é percebida pelos/as participantes, considerando os processos que operam, no indivíduo, a subjetividade. Para tanto, leva-se em conta a observação de que “convém distinguir as representações elaboradas ativamente pelo sujeito das que ele integra passivamente, no contexto das rotinas de vida ou sob a pressão da tradição ou da influência social” (Jodelet, 2017, p. 119).

Leloup (2012, p. 29) afirma que “seja no amor, na morte ou no sofrimento, todos nós temos uma certa ‘imagem’ do homem, adquirida, integrada, mas, quase sempre não analisada”. Então, existe um condicionante antropológico nas atitudes humanas diante da morte? Para Leloup, sim.

Segundo Leloup (2009, p. 29), ter um pressuposto antropológico “é possuir uma imagem do homem herdada de uma cultura, de uma civilização ou de uma religião e acreditar que o homem corresponde a tal representação”. Na análise das percepções da morte, é possível localizar as diferentes visões de ser humano, que inspiram atitudes diante da morte. Leloup (2012, p. 30), distingue, pelo menos quatro dessas visões, segundo ele “mais ou menos comuns no mundo contemporâneo”, dentre as inúmeras que se pode encontrar.

O “homem unidimensional”, a primeira visão: “o homem é apenas um corpo, uma matéria. O pensamento é produto de seu cérebro, uma complexa máquina. Nesta visão, não existe “alma”, não há “espírito”, a inteligência seria fruto de “sinapses”; tal visão faz parte do pensamento contemporâneo, mas também das tradições antigas, ou “materialistas” da Antiguidade (Leloup, 2012, p. 30). O “homem bidimensional”, nesta visão o corpo passa ser animado, possui “alma” ou “psique” sendo o que dá vida. Se for retirado o que anima, ou seja, essa “informação”, o que resta não seria um corpo, mas um cadáver, onde “a alma imortal é a parte nobre da pessoa, enquanto o corpo mortal é desprezado” (Leloup, 2012, p. 31).

O “homem tridimensional” é alma, corpo e mente. Nesta terceira visão, a mente é a “fina ponta da alma”, onde se privilegia a “dimensão contemplativa do homem em detrimento de sua dimensão afetiva (psíquica) ou corporal (somática)” (Leloup, 2012, p. 31).

Quanto à “visão quaternal do homem”, segundo Leloup (2012, p. 32), “trata-se do *Pneuma*, do Sopro, que habita, inspira, ilumina o composto humano”. Essa visão, respeita o ser humano por inteiro: corpo, alma e mente: “respeita-o e acompanha-o em seu ‘mistério, na presença do Sopro silencioso que confere ao Homem a sua coerência”.

O autor chama a atenção para a influência da visão de ser humano, nas atitudes diante da morte, e apresenta formas de perceber a morte: como o fim da vida; como uma passagem; como o fim de uma ilusão. Assim como também refere às atitudes diante da morte pelo indivíduo que não professa nenhuma religião: o que se passa com aquela ou aquele que não professa uma religião? Para Leloup (2012, p. 36), o que importa são as qualidades humanas, observadas mesmo em quem não está ligado a uma religião ou tradição, “porque a abordagem da morte continua sendo, apesar de tudo, uma abordagem humana”.

Quanto ao que os indivíduos pensam sobre os eventos, a exemplo da morte, Bauman e May (2010, p.175) entende que o fazem em termos de sua ocorrência no e por meio do tempo, e, também, localizados no espaço. Este que o autor denomina, e diferencia, entre espaço físico e espaço simbólico:

podemos fazer comparações entre ideias, atitudes e ações, traçando um mapa de suas variações históricas nos espaços físicos (em paisagens urbanas ou regionais) e simbólicos (como eles são vistos e que significados se atrelam às relações e aos objetos que neles estejam, quando tomados como 'lugares de interação') (Bauman; May, 2010, p.175).

Se a percepção é uma maneira pela qual o ser humano se relaciona com o mundo, por meio do corpo, constitui-se também de suas ações. Para Weber (2002, p. 5, tradução nossa) o conceito de “ação social” é “um comportamento humano (seja consistindo em um fazer externo ou interno, ou em omitir ou permitir, sempre que o sujeito ou sujeitos da ação vinculam a ela um significado subjetivo”. Então, qual seria a importância dos significados e intenções das ações, os motivos para os quais o indivíduo é movido à ação?

A questão de propósitos ou finalidades da ação, que podem ser as mais diversas, precisa ser compreendida, no que tange ao seu sentido. Entende Weber (2002, p. 8, tradução nossa), que sem se recorrer ao sentido ela será “incompreensível”, o que seria compreensível, então, seria a sua “referência a ação humana ora como ‘meio’ ora como ‘fim’ imaginado pelo ator ou atores, e que orienta sua ação”.

Bauman e May (2010, p. 101) afirmam que ao escolher “nossos cursos de ação por meio de deliberação consciente e racional, também antecipamos prováveis resultados”. Isso exige, ensinam os autores, que se verifique a situação real onde a ação terá lugar e os efeitos que desejamos alcançar, levando em conta os recursos disponíveis e os valores que orientam as condutas:

a maioria de nossas ações, embora não todas, é motivada por nossas necessidades-algumas básicas, em termos de sobrevivência, e outras que integram um conjunto relacionado à constituição significativa da realidade social que garanta determinado grau de contentamento. A satisfação dessas necessidades, como sugerimos, depende da autonomia de nossas ações, e isso, por sua vez, de nossa habilidade para monitorar, compreender e refletir sobre nossas ações, assim como sobre nossa capacidade de agir (Bauman; May, 2010, p. 109).

2.3 A TRAJETÓRIA DA PESQUISA

Na etapa de estabelecer o contato com os hospitais, para apresentar o projeto de pesquisa e se aceitar, obter as autorizações necessárias para submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa/Setor de Ciências da Saúde (CEP/SD) da UFPR, o mundo foi surpreendido com o advento da Pandemia da covid-19². Ou seja, a impossibilidade de realizar a pesquisa naquele momento, diante da situação de emergência sanitária, estava certa.

A covid-19, doença infecciosa causada pelo coronavírus SARS-Cov-2, que chegou ao *status* de uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional, acometeu milhares de indivíduos ao redor do mundo, onde o número de mortes divulgados pela mídia, dava noção do caos social. Nesse contexto, os hospitais representavam cenários de uma “guerra cruel”, de uma luta contra algo invisível, um vírus. Seguindo rígidas restrições sanitárias para o controle da Pandemia, os hospitais implementaram medidas restritivas para o acesso. A entrada dos hospitais ficou aberta somente para pacientes em quadros graves, urgência e emergência, e de profissionais de saúde, que estavam atendendo na chamada “linha de frente”, em uma rotina exaustiva, com receio em voltar para casa e assim colocar em risco seus familiares. Por mais que todos os equipamentos de proteção individual fossem utilizados, ainda assim esse era o temor. A sociedade aplaudia dos parapeitos das janelas de suas casas, em reconhecimento pelo ato heroico dos/as profissionais de saúde ao atenderem a essa demanda, que só aumentava.

Diante dessas restrições excepcionais adotadas pelos hospitais, o campo para a pesquisa ficou inviabilizado por um período que compreendeu de março de 2020 a meados do ano de 2021. Somente com a flexibilização dessas medidas sanitárias, com o início da vacinação de profissionais de saúde, foi possível obter as autorizações necessárias dos hospitais e assim realizar a submissão do Projeto de Pesquisa ao CEP/SD da UFPR, no início do ano de 2022.

² A reunião do Comitê de Emergência convocada pelo Diretor-Geral da Organização Mundial de Saúde, sob o Regulamento Sanitário Internacional sobre o surto do novo coronavírus-19 na República Popular da China, aconteceu em 22 e 23 de janeiro de 2020, pois já havia “exportações” da doença: existem 98 casos em 18 países fora da China, incluindo 8 casos de transmissão de humano para humano em quatro países: Alemanha, Japão, Vietnã e Estados Unidos da América” (WHO, 2020, *online*, tradução nossa).

Constituem o campo de pesquisa dois hospitais da capital do Paraná, de atendimento geral e alta complexidade, ambos Centros Transplantadores de órgãos e tecidos, nominados para esta pesquisa de Hospital A e Hospital B. A escolha desses dois hospitais, se deu pelo fato de apresentarem diferenças enquanto “porta de entrada” de possíveis doadores/as de órgãos e por terem perfis de atendimentos distintos.

O Hospital A possui perfil clínico de atendimento a adultos, onde a maioria dos casos de potenciais doadores/as, ou seja, indivíduos em morte encefálica, vêm de condições clínicas, como acidentes vasculares cerebrais. Já a escolha do Hospital B se deu pelo fato deste ser Pronto Socorro geral, ou seja, porta de entrada para todos os tipos de casos clínicos e traumas, uma das principais causas de abertura de PME, também o perfil de atendimento deste abrange o público de adultos e crianças.

É possível encontrar em seus *websites*, o descritivo da estrutura de atendimentos destes, sendo em parte apresentada aqui para conhecimento:

[HA] - referência em transplantes de fígado e rim. É um hospital geral, com ênfase em alta complexidade, que atende a diversas especialidades cirúrgicas e clínicas, conta com um corpo clínico altamente qualificado e comprometido em oferecer o melhor tratamento aos pacientes, reconhecido pela formação de profissionais e pelo desenvolvimento científico. Localizado na capital do Estado, dispõe de uma estrutura moderna e confortável e é equipado com aparelhos de alta tecnologia, distribuídos em mais de 10 mil metros quadrados. Faz parte dos hospitais que dão suporte ao município e a todo o estado, no atendimento referenciado das linhas prioritárias de Oncologia e Rede de Atenção às Urgências e Emergências, bem como Transplantes Hepáticos, Transplantes Renais e Cardiologia. O hospital recebeu o selo de certificação de transplante hepático e renal da Central Estadual de Transplantes do Paraná, como forma de reconhecimento da excelência de seu trabalho. É certificado também pelo município de Curitiba, pelo estado do Paraná e pela União como entidade de utilidade pública. A instituição integra a lista de estabelecimentos de saúde que atendem ao padrão exigido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão regulador vinculado ao Ministério da Saúde (Hospital A, 2022, *on-line*);

[HB] - hospital geral e de alta complexidade, onde são realizados mais de um milhão de atendimentos e procedimentos por ano nas mais diversas especialidades. O local é referência no Sistema Único de Saúde (SUS) na capital paranaense, especialmente em casos de Urgência e Emergência, queimaduras e gestação de alto risco. A instituição hospitalar zela pela qualidade nos serviços de saúde possuindo a mais avançada tecnologia em hemodinâmica e radiologia intervencionista do Estado, além de transplantes e outras cirurgias de alta complexidade. Atualmente, faz parte do Programa da Rede de Urgência e Emergência e Rede Cegonha do Ministério da Saúde e do Programa Mãe Paranaense do Governo Estadual. Também é o maior parceiro da Prefeitura Municipal de Curitiba, junto à Secretaria Municipal de Saúde no atendimento ao SUS da grande Curitiba e Região Metropolitana. Faz parte da rede de Hospitais Sentinela, credenciado pela ANVISA, e também é um Hospital Amigo da Criança, pelo UNICEF. O Hospital é

resultado de uma ação filantrópica consolidada, utilizando-se de profissionais capacitados e das técnicas mais avançadas, a fim de prover a melhora na qualidade de vida das pessoas, em harmonia com os princípios cristãos (Hospital B, 2022, *on-line*).

Destaca-se que a etapa das autorizações dos Hospitais, compreendendo assinaturas de direções e coordenações das CIHDOTTs e EROTTs, foram fundamentais para se constituir um primeiro contato com os/as participantes da pesquisa. No total, foram obtidas 72 autorizações, e firmado o compromisso por parte da pesquisadora em zelar pela segurança, utilizando equipamentos de proteção individual como máscara, necessária como medida de segurança. Também foi possível à pesquisadora, por ser profissional da área da saúde, receber a primeira dose da vacina como prevenção à covid-19. Ainda, a pesquisa ocorreu em um cenário de medo e incertezas, reflexo do “tempo de pandemia”, um tempo cronológico, mas também um tempo subjetivo, que deixou memórias de enfrentamentos de uma guerra, contra um inimigo invisível.

Obtidas todas as autorizações necessárias, o Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo CEP/SD da UFPR sob o Parecer n. 56609722.20000.0102 e seguiu para os Comitês de Ética em Pesquisa dos Hospitais A e B, onde foi aprovado pelos Pareceres de n. 56609722.2.3002.8040 e 56609722.2.3003.0103, respectivamente. A pesquisa de campo, foi iniciada em maio de 2022. A entrada nos hospitais foi por meio de agendamento para a realização das entrevistas, junto aos coordenadores das equipes CIHDOTTs e EROTTs.

A participação na pesquisa foi voluntária, tendo se iniciado pelo convite e seu aceite, após esclarecimentos sobre a pesquisa, individualmente para cada participante e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo à Resolução n. 466/12 (Brasil, 2012). O cuidado ético contemplou, ainda, a concordância e assinatura do Termo de Autorização para Uso de Voz, referente a gravação da entrevista.

Elegeu-se como recursos para a coleta de dados, a entrevista semiestruturada, a pesquisa documental, e a observação participante com a construção de um Diário de Campo. A modalidade de entrevista utilizada, a semiestruturada, seguiu um roteiro flexível, servindo como orientação, um caminho para compreensão do ponto de vista dos atores sociais sobre o processo Doação - Transplante. Os temas abordados na entrevista foram os relacionados as questões

do cotidiano nas Equipes, principais desafios encontrados no exercício de suas atividades ao lidarem com a morte, com a doação de órgãos e os Transplantes.

Respeitaram-se as diferenças das atividades das CIHDOTTs e EROTTs, no caso das CIHDOTTs, a interação com a família do potencial doador, e no caso das EROTTs, o processo de remoção dos órgãos doados, a intervenção no corpo morto, os roteiros (Apêndice) se distinguem em alguns itens abordados.

Foram entrevistados/as participantes, integrantes de duas equipes, CIHDOTTs e EROTTs. Entendeu-se, como relevante, que o roteiro servisse somente como uma orientação, não deixando de contemplar as questões fundamentais para o tema da pesquisa sem, contudo, ser rígido. Foi feita a apresentação do roteiro aos/às participantes, como forma de um primeiro contato com os temas que seriam abordados, como os dados sociodemográficos, formações profissionais, sobre a rotina de trabalho nas equipes, sobre temas como a morte, a morte encefálica, a doação de órgãos e os Transplantes.

O roteiro contemplou, ainda, os desafios e tensões apontados por eles/as no cotidiano do trabalho no Processo Doação - Transplante. Alguns/algumas participantes, optaram por preencher no roteiro impresso, o primeiro bloco de questões propostas, a dos dados sociodemográficos como, por exemplo, nome e idade, o que foi permitido. Ao optar por preencher esse primeiro bloco, participantes já faziam comentários sobre seus dados, o que facilitou a sequência da entrevista. A gravação das entrevistas só foi iniciada, nesses casos, a partir do segundo bloco de perguntas. Aos/às que preferiram que o início da gravação acontecesse já no primeiro bloco, assim foi realizado.

As entrevistas com participantes integrantes das CIHDOTTs aconteceram nas dependências dos Hospitais A e B, necessitando alguns ajustes de dias e horários a depender da demanda de trabalho deles. Os locais utilizados para as entrevistas, foram: sala do serviço da CIHDOTT, espaço das Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs), sala da Coordenação de serviços de Psicologia, Serviço Social e de Enfermagem.

No caso das entrevistas com participantes integrantes das EROTTs, também foram necessários ajustes de horários e de local para a realização das entrevistas. As entrevistas foram realizadas nos espaços dos Ambulatórios de Transplantes dos

Hospitais A e B, e em espaços fora dos hospitais, como clínicas, consultórios, espaços de eventos, alimentação.

Essa condição foi aceita porque corria-se o risco de ter a entrevista inviabilizada caso sua realização ficasse restrita às dependências do hospital, devido às rotinas de trabalho de médicos/as cirurgiões/ãs dos Transplantes, que não permanecem no Hospital e, muitas vezes, fazem parte de mais de um Serviço de Transplante, trabalhando em mais de um hospital.

Assim resolveu-se que, se fosse possível atender à privacidade para a realização da coleta de dados, os encontros seriam ajustados conforme as necessidades dos/as participantes. Tais ajustes propiciaram a observação, em vários períodos de tempo. Foi possível acompanhar parte da rotina desses/as profissionais, bem como, observar os ambientes onde essas atividades são desenvolvidas, como as dinâmicas de atendimento em ambulatorios.

Foram realizadas 25 entrevistas, sendo 12 com participantes integrantes das CIHDOTTs e 13 com participantes integrantes das EROTTs. Um/a participante, integrante da CIHDOTT do Hospital B, não participou da pesquisa, uma vez que considerou que não tinha contato com a rotina de atendimento da CIHDOTT, pois, desenvolve uma função burocrática no hospital. Dois/duas participantes integrantes das EROTTs fazem parte das equipes de Transplantes dos Hospitais A e B.

Quanto às EROTTs, foram entrevistados/as somente participantes que integravam as Equipes de Transplantes de fígado e de rins, por serem os tipos de transplantes realizados nos Hospitais A e B. O total foi de 13 participantes, sendo nove da equipe médica, cirurgiões/ãs transplantadores, e quatro de equipe de enfermagem dos Transplantes.

A consulta aos documentos das CIHDOTTs e EROTTs também foi estruturada a partir de um roteiro pré-definido, interessando saber as constituições das equipes, seu funcionamento, fluxos de trabalho. Para isso, o roteiro contemplou os documentos normativos dos hospitais, como regimento interno, organograma, fluxograma de atividades.

A observação participante pode se estabelecer de formas distintas. Conforme Angrosino (2009, p. 74-76), quanto à tipologia clássica dos papéis do/a pesquisador/a, citando Raymond Gold (1958), divide-se em quatro categorias: “observador invisível; [...] observador-como-participante; [...] participante-como-observador; participante

totalmente envolvido”. Entende-se que a observação participante, utilizada neste trabalho, refere-se à inserção da pesquisadora no Campo, como sendo do “observador-como-participante”, pois:

faz observações durante breves períodos, possivelmente visando a estabelecer o contexto para entrevistas ou outros tipos de pesquisa. O pesquisador é conhecido e reconhecido, mas relaciona-se com os ‘sujeitos’ da pesquisa apenas como pesquisador (Angrosino, 2009, p. 75).

Minayo (2014, p. 281) também faz referência à inserção nesta categoria de “observador-como-participante”. Afirma a autora que tal forma de observação “costuma ser utilizada, frequentemente como estratégia complementar ao uso das entrevistas, nas relações com os atores, em momentos considerados importantes para efeitos da pesquisa” (Minayo, 2014, p. 281).

Cabe ressaltar que os dados das observações complementam os que estão contemplados nas entrevistas e nos documentos, ou seja, há uma triangulação de dados, auxiliando na compreensão das experiências. Essa é uma condição referida por Minayo (2014, p. 195), ao dizer que é preciso estar atento a:

como os processos investigados se organizam na prática e como funcionam; quais as incongruências entre o que é dito ao pesquisador nas entrevistas e nos grupos focais e o que é feito; como se processam as relações hierárquicas, as relações entre pares e entre oposto; quais são os símbolos e sinais significativos para a pesquisa, que estão sendo emitidos e naturalizados no cotidiano em observação.

Os/as participantes da pesquisa foram integrantes das CIHDOTTs e EROTTs, que não estavam em período de gozo de férias, licenças médicas, ou de afastamento de suas atividades por alguma outra razão. Compõem as CIHDOTTs: profissionais da Medicina, da Enfermagem, da Psicologia, e do Serviço Social. Assim como compõem as EROTTs, profissionais médicos/as cirurgiões(ãs), e equipe de enfermagem, que fazem parte do Serviço de Transplante de um Hospital cadastrado no Sistema Nacional de Transplantes.

Para fins de segurança quanto ao sigilo dos dados coletados, a identidade dos/as participantes, incluindo-se a atuação profissional, foi preservada. Utilizando-se da codificação³ por letras e números, a distinção se dá conforme a denominação das

³ Nesta pesquisa, a opção foi por não nominar nem mesmo as profissões dos/as participantes, mesmo entendendo que estas podem compor análises mais aprofundadas, por áreas de atuação. A decisão

equipes onde atuam, ficando C1, C2, C3 e assim por diante para participantes integrantes das CIHDOTTs, e E1, E2, E3, e assim por diante para participantes integrantes das EROTTs; também os hospitais foram nominados como Hospital A e Hospital B. Ainda, quanto ao sigilo, os registros dos documentos consultados, que constam do Diário de Campo, estão sob a guarda e consulta exclusiva da pesquisadora, não se fez cópia dos documentos consultados para manter o controle dos riscos e manter o cuidado ético.

está fundamentada em recomendações éticas e legais de proteção de dados de participantes de pesquisa, devido a haver possibilidade, mesmo que mínima e controlada, de reconhecimento.

3 A IMPERIOSIDADE DA MORTE NO CONTEXTO DA PESQUISA

A morte, a morte encefálica, a doação de órgãos, a intervenção no corpo morto, são retratos do contexto da pesquisa. É onde se desenvolvem as atividades dos atores no Processo Doação-Transplante, tornando-se, assim, quadros de análise para identificar possíveis tensões sociais.

O Processo Doação - Transplante inicia-se a partir do diagnóstico de morte encefálica, condição para que ocorra o tipo de doação de órgãos e tecidos para transplante, da qual trata essa pesquisa. Na linha de reflexões estão a morte e a vida e as ressignificações possibilitadas por um transplante. A imperiosidade da morte no contexto dessa pesquisa, ultrapassa assim a mudança dos critérios de morte — da morte fundada no coração para a morte fundada no cérebro —, às representações da morte ao longo do tempo histórico.

O surgimento dos primeiros aparelhos capazes de prolongar a vida artificialmente, a partir da década de 1950, foi responsável pelas discussões médicas no tocante à “morte cerebral”⁴. Esta mudança de paradigmas, redefiniu o próprio conceito de morte, levando a grandes discussões éticas quanto à definição dos critérios de morte:

é inerente a qualquer definição com bases médicas a hipótese de que a morte é um estado irreversível, que pode ser diagnosticado em termos de cessação das funções cruciais cardiorrespiratórias e neurológicas. Admita-se, de forma habitual, que a morte ocorre num instante específico, embora desde o ponto de vista biológico a morte possa ser considerada como um processo gradual (Lamb, 2001, p. 23).

Um dos primeiros artigos que descreve a morte encefálica foi publicado em 1956, por Löfstedt e von Reis, que traziam a definição dos critérios neurológicos para a morte (Wijdicks, 2020). No texto, foram relatados os casos de seis pacientes em ventilação mecânica, que apresentavam ausência de reflexos, apneia, hipotensão,

⁴ “Antes dos progressos e requintes dos critérios relacionados ao encéfalo, a morte era geralmente determinada em termos da perda irreversível das atividades cardiovascular e respiratória. No entanto, os avanços tecnológicos na reanimação e nas técnicas de transplante revelaram imperfeições nos conceitos tradicionais de morte. Quando o coração de uma pessoa morta pode bater no peito de outra pessoa viva, cujo próprio coração foi removido e descartado, perde-se o significado dos batimentos cardíacos como determinante da vida. Fica claro que o conceito de morte encefálica reflete a mudança de opinião como uma resposta à intervenção tecnológica. Por conseguinte, tem sido perguntado se a morte encefálica é realmente o equivalente à morte da pessoa” (Lamb, 2001, p. 33).

hipotermia e poliúria, com fluxo sanguíneo encefálico ausente, segundo exame de angiografia (Wijdicks, 2020, p. 2).

Posteriormente, na França, em 1959, sobre o diagnóstico de morte publicou-se dois artigos de Wertheimer, Jouvét e Descotes (Wijdicks, 2020). Wertheimer e Descotes sendo neurocirurgiões, e Jouvét neurologista, estavam entre os primeiros a proporem critérios para o que chamaram de “novos estados clínicos”. Ainda em 1959, outros neurologistas, Mollaret e Goulon, publicaram um artigo denominado “*Le coma dépasse*”, que definiu de maneira mais compreensível a morte com base em critérios neurológicos” (Wijdicks, 2020, p. 3).

Segundo Wijdicks (2020), o artigo de Mollaret e Goulon foi considerado fundamental no desenvolvimento de critérios clínicos de morte mediante padrões neurológicos, pois distinguiu-se o *coma dépasse* de outros tipos de estados comatosos. Antes de tal designação, neurologistas franceses, classificavam o coma em: *coma lever* (“coma leve”); *coma profond* (“coma profundo”); *coma carus* (“coma ainda mais profundo com abolição dos reflexos, mas o paciente ainda respirando”); e *coma vigil* (“estado vegetativo”). Na nova denominação dada por Mollaret e Goulon⁵:

o coma *dépassé* se caracteriza por imobilidade dos globos oculares em uma posição neutra, midríase, ausência de reflexos à luz, ausência de piscar mediante estímulos, ausência de reflexos da deglutição, queda da mandíbula, ausência de respostas motoras a quaisquer estímulos, hipotonia muscular, arreflexia tendinosa, reflexos plantares inespecíficos, ausência de respiração espontânea após desligamento do ventilador, colapso cardiovascular imediato assim que a administração de vasopressores era interrompida e uma alteração da termorregulação na temperatura central, que depende da temperatura do ambiente (Wijdicks, 2020, p. 5).

O que acontece a partir dessas proposições, reflete diretamente no conceito tradicional de morte, baseado em critérios cardiorrespiratórios. Segundo Lamb (2001, p. 125), “os avanços tecnológicos do tratamento intensivo minaram a confiança no conceito tradicional cardiorrespiratório e direcionaram a atenção para os critérios neurológicos”. Nesse sentido, manter artificialmente as atividades cardiorrespiratórias

⁵ Nesse sentido Goulon, Nouaihat e Babinet (1971), apontam que Mollaret e Goulon (1971) apresentaram que “talvez uma das questões éticas mais críticas: temos o direito de interromper a reanimação usando critérios que tentam definir o limite entre a vida e a morte? O suporte vital tem que ser mantido enquanto houver batimentos cardíacos e perfusão dos órgãos vitais? E quanto a posição religiosa? O professor Goulon achava que a designação como *dépassé* era uma condição perturbadora para um observador, o que levou a questionar ‘onde habitaria a alma do paciente’” (*apud* Wijdicks, 2020, p. 5).

em algumas condições, onde o encéfalo de forma irreversível havia parado de funcionar, não tinha significado de vida e não trazia benefícios ao paciente (Lamb, 2001, p.125).

Nas décadas de 1960 e 1970, a maioria dos países ao redor do mundo adotaram critérios referentes “à cessação das funções do encéfalo”. Contudo, foi um período de incertezas na condição legal da morte encefálica, existiram tentativas em se manter os dois conceitos, a morte por critérios cardiorrespiratórios e por critérios neurológicos (Lamb, 2001, p. 131).

Para Lamb (2001, p. 194-195), “existe um imperativo moral para classificarmos a pessoa como viva ou morta”, porque a partir dessa classificação, existem ações a serem tomadas quanto ao indivíduo, e que geram consequências. Essas consequências vão se instalar a partir de um limite, uma fronteira, entre a cessação da terapêutica para o moribundo e o início do processo de Transplante.

Lamb (2001, p. 195) aponta o “princípio da separação” que exige “uma distinção entre as obrigações com o moribundo, e os cuidados de um cadáver”⁶, onde “o tratamento do doador moribundo não deve ser influenciado pelos interesses do receptor potencial”. As leis europeias estipulam ao médico que cuida do paciente que espera um Transplante, não pode determinar a morte de um potencial doador, no Brasil se estabelece o mesmo.

Na história sobre o conceito de morte e o impacto nos Transplantes, interessa observar as deliberações de um Simpósio, realizado em 1966, sobre transplantes, o *Ciba Foundation Symposium: Ethics in Medical Progress* (CIBA), em Londres (Ross; Thistlethwaite Jr., 1966). Segundo Wijdicks (2020), Murray, cirurgião de Transplantes, descrevia como ele mesmo via as opções sobre os transplantes de órgãos — na ocasião, cirurgiões de Transplantes discutiam sobre os potenciais doadores de órgãos (parentes, cadáveres, doadores com batimentos cardíacos sem função encefálica e até prisioneiros).

Neste Simpósio, refletindo os sentimentos da época, não se chegou a um consenso, pois, as discussões eram em torno de indivíduo doador com o coração

⁶ Na maior parte dos países da Europa existem leis e regras que estipulam que o médico a cargo de um paciente à espera do transplante de um órgão não pode determinar a morte de um doador potencial ou envolver-se na remoção de órgãos específicos. Isso evita um conflito de interesses entre os médicos e salvaguarda os direitos dos pacientes seriamente doentes e moribundos (Lamb, 2001, p. 195).

batendo, sem funções encefálicas. Esse critério gerou inúmeras controvérsias até mesmo entre cirurgiões, a exemplo de Thomaz Starzl, um pioneiro no transplante de fígado que disse: “duvido que qualquer um de nossa equipe de transplante aceitasse alguém como doador enquanto estivesse com o coração batendo” (Wijdicks, 2020, p. 7). Uma definição mais abrangente que foi estabelecida ainda na década de 1960, em 1967: [...] um mês após o primeiro transplante de coração realizado na África do Sul, foi criado nos Estados Unidos [...] um Comitê que teve como função estabelecer os critérios de ‘morte cerebral’” (Portal CFM, 2017, *on-line*). Com isso, “um ano depois do primeiro transplante estabeleceu-se a primeira definição de ‘morte encefálica’ pela *Harvard Medical Association* [...]”; assim, o critério para estabelecer a morte, não está mais “fundado no coração ao fundado no cérebro” (Portal CFM, 2017, *on-line*).

De acordo com os critérios de Harvard, a “morte cerebral”⁷, ao contrário do “coma”, é a expressão clínica de um dano encefálico total e irreparável, irreversível e definitivo. Os critérios estabelecidos em 1968 foram atualizados em 1981, pela *President’s Commission for the study of ethical problems a Uniform Determination of Death Act* (UDDA), desta atualização restou que: “a cessação irreversível da função respiratória e circulatória e a cessação irreversível de todas as funções do encéfalo, incluindo tronco. Esses são critérios aceitos universalmente” (Portal CFM, 2017, *on-line*).

No Brasil, a Resolução do CFM n. 2173 de 23 de novembro de 2017, dispõe que os critérios de diagnóstico de morte encefálica consideram: “a perda completa e irreversível das funções encefálicas definida pela cessação das atividades corticais e de tronco encefálico, caracteriza a morte encefálica e, portanto, a morte da pessoa”⁸ (CFM, 2017, p. 50). Vale ressaltar que indivíduos doadores, pós-morte encefálica tiveram “morte baseada na ausência de todas as funções neurológicas” (Brasil, 2008),

⁷ “O diagnóstico de morte encefálica nunca deve ser entremeado com preocupações sobre a qualidade da vida residual dos estados vegetativos. Além disso, a escassez de órgãos para transplante não deve ser satisfeita mediante a mudança dos critérios de diagnóstico de morte ou pela adoção de padrões mais brandos ou mais flexíveis. Só quando um ser humano está morto de acordo com critérios deduzidos de conceitos de morte bem fundamentados será considerada a remoção de órgãos utilizáveis” (Lamb, 2001, p. 35).

⁸ Segundo Wijdicks (2020, p. 124), “a determinação da morte encefálica e captação de órgãos são dois procedimentos totalmente diferentes, mas bastante inter-relacionados, com 70% das declarações de morte encefálica convertendo-se em doadores de órgãos”.

ou seja, permanente e irreversível, contudo, seus órgãos ainda funcionam, por um determinado tempo, condição para que ocorra a doação de órgãos e/ou tecidos.

O diagnóstico clínico de morte encefálica é aceito legalmente para determinar a morte de um indivíduo, a partir dos critérios neurológicos para morte, não admitindo margem de erro. Segundo Wijdicks (2020, p. 33), para verificação de morte encefálica em paciente em coma, tendo a sua causa, definida pelo histórico do paciente, pelo exame clínico e de exames de imagem e de laboratório, ainda assim, é tido em conta uma “questão de tempo desde o início da lesão para se excluir a possibilidade de recuperação, e o exame neurológico não deve ser apressado”. Assevera, o autor que “nenhum médico deve determinar a morte encefálica horas após um paciente ter chegado à emergência ou após transferência de outra instituição” (Wijdicks, 2020, p. 33). A advertência tem fundamento, pois, na maioria das vezes, aponta o autor, não se tem dados assegurados da história do paciente. Outra situação de atenção, é sobre o uso de sedativos ou analgésicos, que “costuma ser desconhecido ou não pode ser verificado, pelo menos não nas primeiras horas” (Wijdicks, 2020, p. 33). São destacadas ainda pelo autor, 25 avaliações para declarar um paciente em morte encefálica e reforça que tudo precisa ser verificado (Quadro 1).

QUADRO 1 – AVALIAÇÕES PARA MORTE ENCEFÁLICA

Pré-requisitos	
	Coma, irreversível e de causa desconhecida
	Neuroimagem explica o coma
	Ausência de efeito sedativo (se indicado solicitar triagem toxicológica)
	Ausência de efeito residual de bloqueadores neuromusculares (se indicado, usar estimulador de nervo periférico)
	Ausência de anormalidade grave ácido-básica, eletrolítica ou endócrina
	Temperatura normal ou quase normal (temperatura central $> 36^{\circ}$)
	Pressão arterial sistólica ≥ 100 mm Hg
	Ausência de respirações espontâneas
Exames	
	Pupilas não reativas ao estímulo luminoso
	Ausência de reflexo corneano
	Olhos imóveis, ausência de reflexo oculocefálico (testado apenas se a integridade da coluna cervical estiver assegurada)
	Ausência do reflexo oculovestibular
	Ausência de movimento facial ante estímulos nocivos mediante compressão do nervo supraorbitário, da articulação temporomandibular e do leito ungueal (ausência de reflexos faciais ou de sucção em neonatos)
	Reflexo faríngeo com a inserção profunda de dedo enluvado
	Ausência do reflexo de tosse à aspiração traqueal
	Nenhuma resposta motora a estímulos nocivos em todos os quatro membros (reflexos medulares são permitidos e o da flexão tripla é mais comum)

Teste de apneia	
	Paciente encontra-se hemodinamicamente estável (pressão arterial sistólica > 100mm Hg)
	Ventilador ajustado para manter normocarbica (Pa Co ₂ de 35-45 mm Hg)
	Paciente pré-oxigenado com FiO ₂ de 100% por mais de 10 minutos para atingir uma PaO ₂ > 200mm Hg
	O paciente mantém oxigenação com uma pressão expiratória final positiva de 5 cm de água
	Desconectar do ventilador
	Fornecer oxigênio via um cateter no nível da carina a 6L/min ou adaptar uma peça T com pressão positiva contínua na via respiratória de 10-20 cm H ₂ O
	Ausência de respiração espontânea
	Amostra para gasometria arterial retirada aos 8-10 minutos- paciente reconectado ao ventilador
	Documentar o momento da morte quando a PaCO ₂ > 60mm Hg ou aumentar 20mm Hg acima do valor basal normal ou teste de apnéia abortado e teste complementar confirmatório (EEG ou estudo do fluxo sanguíneo)

FONTE: adaptado de Wijdicks *et al.* (2010) com permissão de Neurology (Wijdicks, 2020, p. 32).

Após o diagnóstico clínico, exames complementares são realizados em adultos com morte encefálica, o objetivo é “para se mostrar ausência adicional de função elétrica ou de fluxo sanguíneo para o encéfalo, o que, por implicação, significaria morte neuronal” (Wijdicks, 2020, p. 46). Depois de definidos os critérios diagnósticos clínicos pelo *Committee da Harvard Medicine Scholl*, foi que pesquisadores usaram o exame de angiografia cerebral (investigação por imagem de vasos sanguíneos intra e extracranianos) para fazer o “diagnóstico” de “morte encefálica angiográfica” (Wijdicks, 2020, p. 46). No Quadro 2, estão listados, em uma linha do tempo histórica, os exames complementares utilizados no diagnóstico da morte encefálica.

QUADRO 2 – EXAMES COMPLEMENTARES NO DIAGNÓSTICO DA MORTE ENCEFÁLICA

Ano do estudo e autores	Exame complementar
1959, Löfstedt; von Reis	Angiografia cerebral
1959, Fischgold; Mathis	Eletroencefalograma
1969, Goodman <i>et al.</i>	Cintilografia nuclear do cérebro
1974, Yoneda <i>et al.</i>	Doppler transcraniano
1976, Starr	Potencial auditivo evocado do tronco encefálico
1981, Goldie <i>et al.</i>	Potencial somatossensorial evocado
1978, Rappaport <i>et al.</i>	Angiotomografia computadorizada
1978, Rangel	Angiotomografia computadorizada
1992, Jones; Barnes	Ressonância magnética

FONTE: Wijdicks (2020, p. 47).

O diagnóstico clínico de morte encefálica em crianças resultou dos trabalhos de “uma força-tarefa multidisciplinar”, primeiramente em 1987, depois foi revista e atualizada em 2011⁹; as entidades internacionais envolvidas foram a *Society of Critical Care Medicine*, a *American Academy of Pediatrics* e a *Child Neurology Society* (Wijdicks, 2020, p. 57).

Quanto aos critérios pediátricos para a determinação da morte encefálica, refere o autor, divergem das diretrizes para a determinação em paciente adulto. Isto se dá devido ao número de exames e o uso de testes complementares; as diretrizes¹⁰, pedem dois exames com um intervalo de 12 horas realizados por “dois médicos diferentes” (Wijdicks, 2020, p. 58).

Wijdicks (2020), sobre os esforços para ensinar a determinar a morte encefálica, faz menção a iniciativas envolvendo simulações, tentando padronizar a instrução quanto à avaliação e ao diagnóstico de morte encefálica. Descreve, o autor, algumas simulações como as utilizadas na: *Yale University School of Medicine*, que publicou um treinamento com uma parte didática, utilizando de recurso de vídeo, e um exercício de simulação; e na Clínica Mayo, um curso de simulação para estagiários de Neurologia, com foco no trabalho de neurologia aguda, com uma simulação de 30 minutos, seguida de uma prova oral individual de 20 minutos.

Também nos cuidados críticos gerais, o uso de um manequim para simulação, com assistência de uma enfermeira, um terapeuta respiratório e um técnico de simulação: “a simulação da determinação de morte encefálica inclui vários fatores que podem causar confusão e o estagiário precisa reconhecer para ser aprovado”

⁹ As diretrizes dessas três organizações para a determinação de morte encefálica em crianças apresentam similares àquelas para adultos (p. ex., exame neurológico além de 2 meses), mas também diferenças daquelas para adultos(p. ex. tempo de observação e número de exames). (Wijdicks, 2020 p. 57). Dentre as principais causas de morte encefálica em crianças, o autor refere os seguintes quadro: trauma cranioencefálico e lesão anóxico-isquêmica decorrente de asfixia são as principais causas de morte encefálica em crianças. Abuso é uma ocorrência comum em neonatos que apresentam morte encefálica; na adolescência, acidentes com veículos motorizados são uma causa prevalente de lesão encefálica em motoristas jovens (Wijdicks, 2020, p. 57).

¹⁰ Tais diretrizes estabelecem que os médicos devem ser competentes na realização dos exames em lactentes e neonatos; também recomendado que esses exames sejam realizados por intensivistas pediátricos, cirurgiões de traumatologia pediátrica, e anestesiológicos pediátricos com treinamento em cuidados críticos. Além disso as referidas diretrizes estabelecem que especialistas em adultos devem ter treinamento apropriado neurológico e em cuidados críticos para diagnosticar morte encefálica ao lidarem com pacientes do nascimento aos 18 anos de idade (Wijdicks, 2020, p. 58).

(Wijdicks, 2020, p. 61). O observado nessas simulações foram algumas diferenças no desempenho entre as especialidades e a melhora após sua correção.

Não há consenso, os critérios de morte se diferenciam entre os países, alerta o autor, que “parte dessa falta de consenso deve-se à ligação estreita da morte encefálica com a doação de órgãos, razão pela qual evidentemente não pode haver erros na avaliação” (Wijdicks, 2020, p. 73). Ainda quanto às diretrizes mundiais, os critérios neurológicos de morte, foram sendo desenvolvidos havendo o que chama de muitas “gerações” de critérios¹¹.

No Brasil, os critérios de diagnóstico de morte encefálica, foram estabelecidos pela Resolução do CFM (2017, p. 50), como: “a perda completa e irreversível das funções encefálicas definida pela cessação das atividades corticais e de tronco encefálico, caracteriza a morte encefálica e, portanto, a morte da pessoa”¹². Segundo consta no Manual para Notificação Diagnóstica de Morte Encefálica¹³ e Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, em conformidade com a referida Resolução do CFM, “o diagnóstico de morte encefálica deverá ser realizado por médicos especificamente habilitados” (Paraná, 2023, p. 3). Ou seja, para que médicos/as tenham reconhecida sua competência para determinar a morte encefálica, “precisam comprovar no mínimo um ano de experiência no atendimento de pacientes em coma” e, mais, “que tenham acompanhado ou realizado pelo menos dez determinações ou curso específico de capacitação [...]” (Paraná, 2023, p. 3).

Ainda com relação ao Brasil, os exames são realizados pelas equipes das UTIs, que realizam, além do diagnóstico clínico, exames complementares, seguindo o PME. Este Protocolo que deve ser iniciado se o/a paciente preencher alguns critérios:

¹¹ “Na Europa, a maioria dos países tem estatutos que permitem a declaração de morte com base nos critérios neurológicos e para transplante de órgãos. Vários países asiáticos têm leis que permitem o transplante de órgãos. Outros (p. ex. a República Popular da China) não têm leis para o transplante de rins” (Wijdicks, 2020, p. 79).

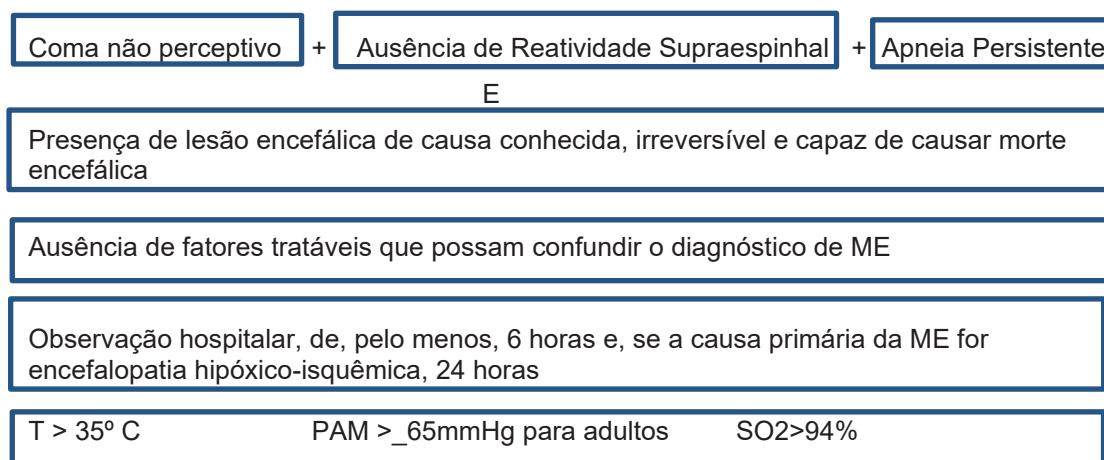
¹² Segundo Wijdicks (2020, p. 124), “a determinação da morte encefálica e captação de órgãos são dois procedimentos totalmente diferentes, mas bastante inter-relacionados, com 70% das declarações de morte encefálica convertendo-se em doadores de órgãos”.

¹³ O diagnóstico de morte encefálica é obrigatório e a notificação é compulsória para a Central Estadual de Transplantes, “para tanto, deve ser aberto o protocolo para todos os pacientes com suspeita de ME, independentemente da possibilidade de doação ou não de órgãos e/ou tecidos” (Sesa, 2023, p. 3).

é essencial que o paciente esteja em Glasgow 3, sem incursões ventilatórias voluntárias e sem condições confundidoras para o coma, como uso de sedação e bloqueadores neuromusculares, hipotermia ou distúrbios metabólicos graves, hipóxia ou hipotensão [...]. Além disso, todo paciente com suspeita de ME deve ter comprovada por exame de imagem (tomografia ou ressonância de crânio) uma lesão estrutural encefálica suficientemente grave para justificar o exame neurológico encontrado (Paraná, 2023, p. 5).

Existem pré-requisitos para a abertura de um PME, estão explicitadas na Figura 1.

FIGURA 1 - CRITÉRIOS PARA ABERTURA DO PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA



FONTE: Paraná (2023), conforme a Resolução CFM n. 2173/2017.

A abertura de PME no Brasil é obrigatória e cabe a profissionais médicos/as que trabalham nas UTIs e Pronto Socorros. As CIHDOTTs, dentro dos hospitais, acompanham todas as etapas do PME, auxiliando na viabilização de exames, suporte às famílias, contatos com a Central de Transplante no tocante às notificações, e processos de realização da Busca Ativa por identificar possíveis doadores.

A busca ativa, consiste na visita diária da Coordenação de Enfermagem das CIHDOTTs, nas UTIs e Pronto Socorro do Hospital. Pode acontecer que pelo perfil de atendimento dos hospitais, por exemplo, se atende a traumas, ocorrer até três vezes ao dia, buscando identificar pacientes, que devido a gravidade de seus quadros, podem evoluir para morte encefálica, sendo possíveis doadores de órgãos e/ou tecidos.

Segundo Wijdicks (2020, p. 124), “a determinação da morte encefálica e captação de órgãos são dois procedimentos totalmente diferentes, mas bastante inter-relacionados”; das declarações de morte encefálica, 70% convertem-se efetivamente em doação de órgãos. Quanto ao diagnóstico de morte encefálica, conclui o autor:

desde a descrição original de morte encefálica há mais de 50 anos (bem como à enorme experiência clínica), a certeza de um diagnóstico de morte encefálica não tem sido questionada por médicos especialistas no assunto. As críticas também são indiretamente um comentário sobre nossa prática de julgar lesão neurológica irreversível e o uso da doação de órgãos e talvez até mesmo uma insinuação de que os envolvidos nessas decisões possam ter menos respeito pela vida do paciente (Wijdicks, 2020, p. 125).

Lamb (2000, p. 15-16) levanta as seguintes questões éticas, e chama a atenção para as afinidades morais de leigos e religiosos para a condição de respeito aos vivos e aos cadáveres:

há um limite moral para o que pode ser feito com um cadáver?

Será que os apelos à inviolabilidade do corpo humano excedem em importância os interesses daqueles que têm urgente necessidade de partes de um corpo?

Devem os princípios utilitários ou os igualitários sustentar opções de política social para a obtenção e distribuição de órgãos transplantáveis?

Pode um indivíduo, que precisa de um órgão para viver, ter direitos morais sobre os órgãos de outro ser humano?

Até que ponto uma pessoa é responsável pelo bem-estar do outro?

Para Lamb (2001), a era dos transplantes, evidenciou grandes problemas morais. Pontua o autor, o tocante ao “papel dos médicos, à autonomia dos pacientes e ao respeito pelos moribundos e mortos. Também focaliza a atenção quanto a um dos problemas permanentes da Medicina; a distribuição de recursos” (Lamb, 2001, p. 175).

Uma importante discussão se faz presente na Bioética, pelo descompasso entre um avanço a passos largos no tocante ao desenvolvimento técnico-científico, não sendo acompanhado pelas discussões éticas necessárias. Discussões recentes relacionadas a critérios de morte e transplantação, denotam essa condição. A exemplo, a manchete do *The New York Times*, da matéria reproduzida pela Folha de São Paulo (Goldstein, 2023, *on-line*): “Nova forma de extrair órgãos para transplante divide médicos e especialistas em bioética”. A matéria trata de uma técnica cuja proposta é reiniciar a circulação após um indivíduo doador ser declarado morto. Nesse sentido, para além disso, primeiramente o fluxo de sangue para o cérebro é interrompido (Goldstein, 2023, *on-line*).

Esse novo método que prevê a recuperação do coração do doador no caso de morte circulatória, ou a morte após a parada cardíaca, pode ainda demorar,

segundo especialistas, de cinco a 50 minutos. Diferentemente da condição do diagnóstico de morte encefálica, o indivíduo é declarado morto após a verificação da cessação do fluxo sanguíneo cerebral. Truog, especialista em Bioética da Escola de Medicina da Universidade de Harvard, citado por Goldstein (2023, *on-line*), refere à possibilidade do aumento no número de doações de coração, mas, se mostra preocupado diante das questões como “manipulação intencional do público”. A busca incessante por diminuir as filas de pacientes que aguardam por um transplante, passam por propostas alternativas como as de “órgãos de porcos geneticamente modificáveis, ou de órgãos humanos desenvolvidos em animais — ou, quem sabe, desenvolvidos totalmente em laboratório” (Goldstein, 2023, *on-line*).

É preciso reconhecer limites nas discussões da manutenção da vida. O tema da morte no contexto da pesquisa, ganhou um horizonte de reflexões e relevância, o que levou a buscar na História, na Filosofia, na Psicologia, na Antropologia e Sociologia, uma aproximação das representações e percepções da morte, para analisar o contexto da pesquisa.

Talvez a pergunta mais inquietante que possa ser feita nos mais variados momentos e ocasiões, não importa o tempo histórico, o contexto cultural, e a quem quer que seja, é: o que é a morte? Mesmo que por alguns instantes, o indivíduo é tomado por um vazio de pensamento, silencia diante do mistério, do temor, e pode perceber o poder que a morte exerce sobre a vida.

Segundo Becker (2007), o medo da morte move os seres humanos, mas também é fonte de angústia. A morte é universalmente pensada, sentida, investigada e representada, também se mostra imponente, no universo pesquisado da doação e remoção de órgãos e/ou tecidos para Transplantes. Assim, compreender o conceito de morte e suas representações, ganha relevância para as discussões a que se propõe essa tese.

Por mais que se tenha avançado em conhecimento sobre a morte e suas representações, ainda assim, os mistérios, tabus e temores permanecem. No intuito de amenizar a inquietude humana diante da finitude da vida, não é de hoje, se busca uma definição para a morte, dizer com precisão seu significado. Como observou Freud ([1915]1996, p. 123), ainda quando analisava os instintos, onde com frequência se afirmava que as Ciências deveriam “ser estruturadas em conceitos básicos claros e bem definidos”, utilizando, como exemplo, a Física, referia que nem mesmo as

Ciências Exatas atendiam a essas premissas enquanto definições. Isso porque, tinham o seu conteúdo alterado frequentemente, nesse sentido, “o avanço do conhecimento, contudo, não tolera qualquer rigidez, inclusive em se tratando de definições” (Freud, [1915]1996, p. 123).

A morte passou por mudanças nas suas representações, fato social, exerceu e exerce, influência nas formas de agir, de pensar e sentir dos indivíduos. Uma força que impulsiona para ações, influenciando a forma de pensar e viver. Qual seria essa influência e as repercussões no viver?

Para Becker (2007), o que exerce influência no “funcionamento” dos seres humanos, enquanto um organismo, é um certo temor da morte, que se fosse constante, impediria o organismo humano de funcionar. Becker (2007, p. 37) interpreta Zilboorg (1943), quanto a um sentido de autopreservação, entende se tratar de uma “energia psicológica na tarefa de preservar a vida”, que se não estivesse presente o temor da morte, não existiria:

[...] assim podemos compreender o que parece ser um estranhíssimo paradoxo: ao mesmo tempo que o temor da morte está sempre presente no funcionamento psicológico normal do nosso instinto de autopreservação, também é total o nosso esquecimento desse temor em nossa vida consciente.

Para expandir a compreensão da temática da morte, no tempo, pretende-se, nesta pesquisa, identificar as diferentes representações, percepções sobre a condição humana e sobre as atitudes humanas diante da morte. Se essas influências estão presentes no modo de pensar e agir, como os indivíduos lidam com um cotidiano permeado pela morte? Qual influência essa condição traz para o indivíduo? Lidar com a morte no cotidiano do trabalho, modifica a compreensão da morte? Essas foram algumas questões que surgiram ao pensar no cotidiano das atividades das equipes que trabalham no Processo Doação - Transplante.

Assim, retomando a história, foi possível refletir sobre o papel da morte na vida dos indivíduos, sobre o caminho da existência, sobre a morte delimitando o tempo da vida. Ao abordar os aspectos de como a morte é percebida, como esta desempenha papel no desenvolvimento humano, e em suas atitudes, espera-se avançar nas discussões sobre a morte.

Para tanto, o quadro teórico deste texto é composto por autores como: o historiador Philippe Ariès ([1977]2014) que traz uma análise histórica sobre as

representações da morte, desde a Idade Média até o final do século XX; o antropólogo Maurice Godelier (2017), fazendo uma análise da forma como as sociedades em tempos diferentes explicam a finitude humana, como a morte é vista, quais são as necessidades sociais, religiosas, culturais quanto aos ritos funerários, e sobre o luto; e o filósofo renascentista Montaigne ([1572]2017), fazendo refletir sobre a condição humana. Recorreu-se também às observações de Freud ([1915]1996) sobre os impulsos, as pulsões humanas, sobre a condição de ser impossível ao ser humano imaginar a própria morte, desvelando o seu comportamento diante dela. Assim como há contribuições do teólogo Jean-Yves Leloup (2012) e do sociólogo Norbert Elias (2001) sobre as relações com o moribundo.

3.1 A MORTE NO TEMPO

“O primeiro dia de vosso nascimento vos encaminha para morrer como para viver”
(Montaigne, [1572]2017, p. 118).

Um dos pensadores que se ocuparam do tema da morte, em suas reflexões sobre a condição humana, foi Michel Eyquem de Montaigne (1533-1592), que em sua obra “Ensaio: que filosofar é aprender a morrer e outros ensaios”, reflete sobre o caminho da condição humana, partilhada pela vida e pela morte. Mostra o filósofo, que pensar na morte é significar a vida, e que não se deve temer, deve-se seguir o cotidiano, sem preocupações, assim ele evoca que: “a morte nos encontre plantando minhas couves, mas despreocupado com ela, e mais ainda de minha horta inacabada” (Montaigne, [1572]2017, p. 113).

Oliveira (2019, p. 27-28) diz que Montaigne “não está preocupado em evitar a morte e nem mesmo a vencê-la por meio da crença da eternidade, a proposta, é simplesmente levar a termo a ideia, segundo a qual ensinar o homem a morrer é, no fundo, ensiná-lo a viver”. De modo que “Montaigne interpreta a morte a partir do dístico: ‘siga a própria natureza’. Nesse caso, o ensaio sobre a morte se caracteriza também como uma espécie de recusa da interpretação metafísica da morte” (Oliveira, 2019, p. 27).

A morte, portanto, não está relacionada somente com a natureza, por conseguinte, se torna um problema metafísico, que vai além da matéria. O que é a morte para os humanos? É possível imaginar a própria morte?

Para Freud ([1915]1996, p. 299) “é impossível imaginar nossa própria morte e, sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos presentes como espectadores”. Ainda, diz Freud ([1915]1996, p. 299), “para o inconsciente¹⁴ cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade”. Quando uma morte acontece, atinge expectativas humanas, frustrando-as e na busca por uma causa para justificar o “fato fortuito” da morte, adota-se, frequentemente, por quem morreu, uma certa admiração, realçando tudo que favoreça uma boa lembrança do morto, uma consideração, pois, realizou algo difícil!

O que diz Freud ([1915]1996, p. 300), sobre essa consideração, é que esta é “mais importante para nós do que a verdade, e certamente, para a maioria de nós, do que a consideração para os vivos”. Pergunta Freud ([1915]1996, p. 306), e responde:

qual, perguntamos, é a atitude do nosso inconsciente para com o problema da morte? A resposta deve ser: quase exatamente a mesma do homem primevo. Nesse ponto, como em muitos outros, o homem das épocas pré-históricas sobrevive inalterado em nosso inconsciente. Nosso inconsciente, portanto, não crê em sua própria morte; comporta-se como se fosse imortal.

Para Hennezel (2012, p. 45), há um tabu em relação à morte e está relacionado a um aspecto íntimo, aquele “que toca ou há de tocar um dia a cada um de nós no âmago de nossas vidas. A morte de nossos familiares, amigos, colegas”.

No pensamento moderno, segundo Becker (2007), redescobre-se que o que move o ser humano é o terror da morte, tratando-a como um problema psicológico. O heroísmo, nada mais é um “reflexo do terror da morte”, onde é admirada a coragem de enfrentar a morte e reforça “damos a esse valor a nossa mais alta e mais constante adoração” (Becker, 2007, p. 31). Conforme o autor, na pesquisa antropológica e histórica do século XIX, montou-se um retrato desde as eras primitivas, onde o “herói era o homem que podia entrar no mundo espiritual, no mundo dos mortos, e voltar vivo” (Becker, 2007, p. 32).

Analisando a morte e suas representações, o historiador francês Phillip Ariès ([1977]2014) destaca as mudanças no caráter da morte. Os costumes do século XIX,

¹⁴ “O que é chamamos de nosso ‘inconsciente’ — as camadas mais profundas de nossas mentes, compostas de impulsos instintuais — desconhece tudo o que é negativo e toda e qualquer negação; nele as contradições coincidem. Por esse motivo, não conhece sua própria morte, pois a isso só podemos dar um conteúdo negativo. Assim, não existe nada de instintual em nós que reaja a uma crença de morte” (Freud, [1915]1996, p. 306).

com a morte vivida de alguma forma pela comunidade, tendo a presença de parentes, amigos e vizinhança, uma morte familiar, o que o autor chamará de *domada*, foi dando lugar, no avançar do século XX, a uma morte medicalizada e isolada. Por mais que se temesse a morte, a “morte domada” era vivenciada com planejamento, compartilhada pelas pessoas próximas, socializada. Mesmo com todas as mudanças ao longo do tempo quanto à atitude diante da morte, uma condição não se alterou: “a morte foi sempre um fato social e público” (Ariès, [1977]2014, p. 756).

A mudança do caráter da morte foi marcada pela saída do indivíduo doente do contexto familiar para o hospital. As famílias suportando menos a doença e suas manifestações, poderiam “esconder” seus doentes, deslocando assim o seu lugar para o hospital. Nas palavras de Ariès ([1977]2014, p. 770):

o hospital ofereceu às famílias o asilo onde elas puderam esconder o doente inconveniente, que nem o mundo, nem elas próprias já não podiam suportar, entregando a outros com boa consciência, uma assistência aliás desajeitada, a fim de continuarem uma vida normal. O quarto do moribundo passou do lar para o hospital. Por razões de ordem técnica e médica, essa transferência foi aceita, estendida e facilitada pelas famílias com a sua cumplicidade. O hospital se torna, daí em diante, o único local onde a morte pode certamente escapar a uma publicidade — ou o que dela resta —, considerada, portanto, uma inconveniência mórbida.

O sociólogo alemão Norbert Elias ([1982]2001) olha com cautela o retrato da morte na obra de Ariès. Reconhece a qualidade e importância do trabalho e evidências históricas apresentadas por este, mas no tocante à maneira de expressar uma morte no passado, como “boa” e no presente como “selvagem”, para ele, “a seleção de fatos se baseia numa opinião preconcebida” (Elias [1982] 2001, p. 4). Elias ([1982]2001, p. 4) contradiz o que Ariès, denomina de “morte domada” e dá como exemplo a morte nos Estados Feudais medievais, que era “apaixonada, violenta e portanto, incerta, breve e selvagem”:

morrer pode significar tormento e dor. Antigamente as pessoas tinham menos possibilidades de aliviar o tormento. Nem mesmo hoje a arte da medicina avançou, o suficiente para assegurar a todos uma morte, sem dor. Mas avançou o suficiente para permitir um fim mais pacífico para muitas pessoas que outrora teriam morrido em terrível agonia (Elias, [1982]2001, p. 4).

Para Hoffmann-Horochovski (2008) “A crítica de Elias (2001) é pertinente, porém, um pouco injusta”. A autora coloca que Ariès não ignora a vida “temerária” da idade média, contudo, não dá ênfase a essa, não sendo esse seu objetivo.

Elias (2001) também chama a atenção para o fato de que o afastamento do moribundo, continua mesmo depois que se chega ao fim, se estende após a morte; no tocante ao cuidado tanto do cadáver quanto da sepultura, não é mais da alçada da família, cabe a profissionais. Para reforçar, toma como exemplo, a obra do renascentista Michelangelo, “Pietà”¹⁵, como um demonstrativo do que antes era um cuidado da família, e que hoje mudou: “a mãe em prantos com o corpo de seu filho, continua compreensível como obra de arte, mas dificilmente imaginável como situação real” (Elias, [1982]2001, p. 8).

Segundo Elias ([1982] 2001, p. 2), “a resposta à pergunta sobre a natureza da morte muda no curso do desenvolvimento social, correspondente a estágios”, ainda, em cada estágio, “é específica segundo os grupos. Ideias de morte e os rituais correspondentes, tornam-se um aspecto da socialização”. O autor se refere a ideia de que pensamentos comuns unem as pessoas e que pensamentos divergentes separam grupos. Neste sentido, pensa o autor que:

seria interessante fazer um levantamento de todas as crenças que as pessoas mantiveram ao longo dos séculos para habituar-se ao problema da morte e sua ameaça incessante a suas vidas; e ao mesmo tempo mostrar tudo o que fizeram umas às outras em nome de uma crença que prometia que a morte não era um fim e que os rituais adequados poderiam assegurar-lhes a vida eterna (Elias, [1982]2001, p. 2).

Para Elias ([1982]2001, p. 3), “a morte é um dos grandes perigos biossociais na vida humana”. Para o autor, durante o impulso civilizador, a morte foi empurrada para os bastidores, assim como também os moribundos, que eram isolados. O que antes reconfortava o moribundo, a presença de outras pessoas — a morte era mais familiar, não que isso significasse que fosse mais pacífica —, hoje não mais se apresenta dessa forma. Ainda, afirma o autor, os problemas enfrentados pelas pessoas, mudam no curso de um processo civilizador, tem uma ordem mesmo “na sucessão de problemas sociais humanos que acompanham o processo”, assim que:

o curso do nítido surto civilizador que teve início há quatrocentos ou quinhentos anos, as atitudes das pessoas em relação à morte e a própria maneira de morrer sofreram mudanças junto com muitas outras coisas. Os

¹⁵ A obra de Michelangelo Buonarroti data de 1499, uma escultura em mármore medindo 174cm x 195cm, está na Basílica de São Pedro, no Vaticano. A obra representa a cena da Virgem Maria segurando em seus braços seu filho, Jesus Cristo, morto.

contornos e a direção dessa mudança são claros. Podem ser demonstrados por uns poucos exemplos, mesmo um contexto em que não é possível fazer justiça à complexa estrutura dessa mudança. Em épocas antigas, morrer era uma questão muito mais pública do que hoje (Elias, [1982]2001, p. 5).

Buscando responder a questões sobre de que forma as sociedades em tempos diferentes explicaram a finitude humana e como a morte é representada, o antropólogo Maurice Godelier (2017) na obra “Sobre a morte: invariantes culturais e práticas sociais”, desafiou especialistas em diferentes sociedades, para produzirem um material sobre o qual eram *experts*. Contribuíram com o estudo 13 profissionais, e com o texto do próprio autor, formam 14 conjuntos de “representações e de práticas elaboradas por sociedades muito diferentes, em épocas diversas, para darem sentido à morte e se desfazerem de seus mortos” (Godelier, 2017, p. 9).

Em meio a tantas diferenças entre as concepções de morte e de mortos de sociedades diferentes, era possível encontrar invariantes¹⁶, e destaca que a morte na Antiguidade, era um estado “natural” um processo da vida, muito próximo do que se acredita nos dias atuais. Ilustrando essa percepção, Godelier (2017, p. 13) faz citação ao pensamento do Imperador e pensador estoico Marco Aurélio:

o que é morrer? Se considerarmos a morte em si mesma e se, por meio do pensamento e da análise, dissiparem-se os vãos fantasmas associados a ela sem razão, o que se pode pensar a respeito da morte senão que ela é uma simples função da natureza, E para temer uma função natural é preciso ser uma verdadeira criança.

Uma invariante identificada nos 14 sistemas cosmo-religiosos é que a morte não se opõe à vida e, sim, ao nascimento. Nesse sentido referem como uma “coisa” que se desprende da matéria corpo, invisível ao humano, essa coisa é o que se denomina “alma”; esta é “o que faz o corpo viver e o deixa na hora da morte” (Godelier, 2017, p. 15).

Também foram identificados, pelo conjunto de autores, os ritos funerários, momento em que ocorria a separação do cadáver, com diferenças nos modos de fazê-lo pelos costumes. Como, por exemplo, “enterrar o corpo ou incinerá-lo, de expô-lo

¹⁶ Invariantes são “esquemas de pensamento aos quais se encontram associadas normas de conduta, práticas, instituições que prolongam esses esquemas e extraem deles seu sentido” (Godelier, 2017, p. 12).

em uma superfície para se decompor e ser devorado pelos abutres ou, igualmente, de ser embalsamado ou mumificado” (Godelier, 2017, p. 21). Outros exemplos são:

em algumas raras sociedades da Amazônia ou da Nova Guiné, para evitar que o morto seja sepultado sob a terra, à mercê dos vermes e dos seres maléficos que vivem nas profundezas, ele é incinerado e suas cinzas são misturadas a uma pasta feita de bananas amassadas ou de outros ingredientes. Em seguida, o morto é ingerido por membros de sua família, que lhe oferecem seus próprios corpos como sepultura para evitar que ele sofra o horror de ser enterrado. Trata-se de um ato sagrado realizado ao abrigo dos olhares e sem a presença de qualquer membro do bando ou da tribo. De acordo com essas maneiras de se livrar do cadáver, na Índia, por exemplo, as cinzas são dispersadas nos rios sagrados, principalmente no rio Ganges (Godelier, 2017, p. 22).

Segundo Godelier (2017, p. 22), após o funeral, “começa para os vivos um processo de luto, e para os mortos, uma nova forma de existência”. Durante o período de luto¹⁷, os familiares expressam sua dor e tristeza, por meio de uma “profusão de signos”, que variam de acordo com cada cultura:

o fato invariante é que a morte de um ser humano próximo por laços de parentesco, mas que também pode ser por outros tipos de laços, obriga um certo número de pessoas a ficar de luto durante um certo tempo, ao fim do qual podem voltar a viver como os outros membros de sua sociedade, mas não necessariamente como viviam antes do falecimento dessa pessoa (Godelier, 2017, p. 24).

Godelier (2017, p. 34) tendo como base os principais tipos de religiões que coexistem, vê que “diante do problema da existência da morte, se desenvolveram sobre uma base de esquemas mentais, de normas de ação e de práticas comuns”, em diferentes tempos da história e contextos “sociológicos e históricos”, constituíram um número igual de invariantes. Segundo o autor, dos invariantes surgiram “variações, mutações e por vezes, rupturas nas representações da morte e dos mortos” (Godelier, 2017, p. 34). Os invariantes são:

- O primeiro invariante é o postulado de que a morte não é o fim da vida, não se opõe a vida, mas ao nascimento, e que, ao se oporem, nascimento e morte estão ligados um ao outro, formam um sistema ou fazem parte de um sistema;

¹⁷ “O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante” (Freud [1917] 2006, p. 249).

- O segundo invariante é que o nascimento seria a conjunção de diversos componentes do indivíduo, e que a morte consistiria na disjunção desses elementos;
- O terceiro invariante é o de que entre os elementos unidos no nascimento e separados na morte, existe sempre um ou vários que sobrevivem e que irão começar uma nova forma de existência;
- O elemento que resta é normalmente invisível e se designa por termos como alma, espírito etc. Esse componente, que pode ser singular ou plural, tal como as 32 'almas' dos tai budistas, e que se separa do corpo após a morte, precede o nascimento do indivíduo e é inserido a partir do exterior no feto que se desenvolve no corpo de uma mulher. Por essa razão, em todas as sociedades as relações sexuais entre um homem e uma mulher não bastam para gerar uma criança. É necessário que agentes externos, ancestrais, deuses ou Deus, intervenham para 'animar' o corpo do feto e transformá-lo em um corpo humano completo e que respira. A alma ou as almas, porém não são o sopro da vida. O sopro da vida é interrompido com a morte. A alma ou as almas continuam a viver, mas sob outra forma. A alma revela-se como um princípio de vida, um princípio vital;
- Pelo fato de a morte não ser concebida como o fim definitivo da existência de um indivíduo, no decorrer de seus derradeiros momentos de vida, seus parentes próximos devem ter diante dele uma conduta socialmente prescrita;
- Uma vez confirmado o falecimento, após um tempo (mais ou menos longo) é preciso se desfazer do cadáver e separá-lo definitivamente do mundo dos vivos;
- Depois que o cadáver foi tratado segundo os costumes, um certo número de indivíduos, que tinham relações de parentesco ou outros tipos de laços com o indivíduo morto que os tornavam próximos dele, irá guardar luto, ou seja, irá deixar de viver como vivia antes do falecimento, se isolará do resto da sociedade por um tempo mais ou menos longo e manifestará, aos olhos de todos, o que significou esse desaparecimento;
- Todas as sociedades imaginam que os indivíduos mortos, após sua morte e após um tempo mais ou menos longo, no qual continuam a não querer deixar seu antigo lar, sua família, sua cidade, se dirigirem para uma morada habitual dos mortos no qual irão prosseguir sua existência sob outra forma. Mas, se os vivos não cumpriram corretamente os ritos funerários e os rituais do luto, o destino pós-morte do defunto pode ficar comprometido. Por isso, o cumprimento rigoroso dos ritos é duplamente necessário para os vivos e para os mortos. Se os ritos não são respeitados, corre-se o risco de transformar os mortos em mortos 'maléficos', que voltarão para assombrar e prejudicar os vivos (Godelier, 2017, p. 34-35).

Godelier (2017, p. 36) constitui a partir desses invariantes, uma base comum, para as elaborações culturais diante da morte, aponta também as variações que foram encontradas, dentre as quais, se o morto irá ou não ressuscitar e se ressuscitar se será no corpo de um de seus descendentes; se o morto será julgado pelos atos cometidos enquanto estava vivo, ou ainda de algum ato de uma vida precedente? Ao ser julgado, estaria condenado a viver no paraíso ou deve começar uma nova vida, até poder alcançar o mundo dos deuses. Observa o autor que, a depender dos princípios das religiões, pode-se determinar destinos opostos para os mortos no mundo "supraterrestre".

O filósofo David Lamb (2001) aponta que existem diferentes atitudes culturais acerca da morte e do morrer, mas que as semelhanças são maiores que as diferenças. Afirma o autor que:

os seres humanos são a única espécie a manifestar respeito moral pelos mortos; a única a dispor os mortos de forma sistemática e a única espécie a dar um significado à morte. Na maioria das religiões o significado da morte está ligado a noções de uma vida posterior, ou alguma forma de continuação da existência. Mas seja qual for o significado que se tem dado à morte, o fato da morte foi aceito como questão empírica, que não exige definição precisa nem elaborações ulteriores. A morte — conforme a maioria dos dicionários ainda a define — é o fim da vida [...] o cessar do ser (Lamb, 2001, p. 37).

A colocação do filósofo é a de que “a interferência tecnológica no processo de morrer tem exigido uma condição filosófica, ética e clinicamente aplicável, um equivalente secular dos conceitos religiosos”, referindo-se, as definições da partida da alma ou o perder do sopro de vida (Lamb, 2001, p. 37). A historicidade da morte em Ariès ([1977]2014), a crítica de Elias ([1982]2001), as contribuições do antropólogo Godelier (2017), auxiliam a avançar no entendimento das percepções da morte no contexto dessa pesquisa.

4 DA MORTE ENCEFÁLICA AOS TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

Os Transplantes de Órgãos e Tecidos, são considerados um dos maiores avanços técnico-científicos da Medicina, tendo o seu início em meados do século XX. Foi na década de 1950¹⁸, nos Estados Unidos da América (EUA), que se realizou o primeiro transplante de órgão vital não regenerativo¹⁹, esta terapêutica teve vultuoso desenvolvimento biotecnológico durante as décadas seguintes.

Esse desenvolvimento, ganhou impulso a partir da segurança alcançada para o estabelecimento do diagnóstico de morte encefálica, condição que favoreceu a realização de um maior número de transplantes em todo o mundo. Outro fator preponderante foi o advento das medicações imunossupressoras, que agem para evitar a rejeição dos órgãos transplantados pelo organismo receptor, principalmente, o uso da ciclosporina²⁰ desde a década de 1980 — obteve-se, com isso uma melhor resposta na capacidade de controlar a rejeição de órgãos e tecidos, passando ser um marco para os Transplantes, que passou a ser uma terapêutica de rotina (Lamb, 2000).

No Brasil, os Transplantes tiveram início registrado na década de 1960²¹, quando foi realizado o primeiro Transplante renal no Rio de Janeiro. Nestas seis

¹⁸ “O primeiro transplante de um órgão vital não regenerativo foi um transplante de rim efetuado pelo Dr. David M. Hume [1917-1973], em Boston, em 1951, que usou um doador cadavérico na tentativa infrutífera de salvar a vida de seu paciente. O Dr. Hume e seu colega Dr. Joseph E. Murray [1919, Prêmio Nobel em 1990], realizaram mais de dez transplantes de rins usando doadores cadavéricos, mas a maioria dos seus pacientes faleceu logo após a operação. No entanto, em 11 de fevereiro de 1953 um transplante renal foi realizado num paciente que sobreviveu por seis meses. Posteriormente, em 1954, o Dr. Murray e o Dr. John Merrill executaram com êxito o que é reconhecido como o primeiro transplante do mundo com um doador vivo, entre gêmeos monozigóticos” (Lamb, 2000, p. 27).

¹⁹ A ideia de extrair osso, pele e órgãos de uma pessoa e transplantá-la em outra, tem sido motivo de fascinação e intriga desde os tempos primitivos. Porém, até o século XX, o sonho de criar uma pessoa inteiramente e saudável mediante transplantes permaneceu no domínio da mitologia e do milagre (Lamb, 2000, p. 23).

²⁰ Durante as décadas de 1960 e 1970 foram desenvolvidos fármacos que reduziram a capacidade do organismo de produzir anticorpos. Porém, muitos deles têm o desastroso efeito de debilitar o sistema imune do receptor. Entretanto, outra luz importante surgiu em 1983 quando uma empresa farmacêutica suíça produziu a ciclosporina que inibe seletivamente a rejeição de tecidos estranhos, sem prejudicar a capacidade de combater vírus e bactérias (Lamb, 2000, p. 26).

²¹ Foi um transplante renal, em 1964 no Hospital Servidores do Estado, no Rio de Janeiro. O receptor tinha 18 anos e vinha em diálise peritoneal, por pielonefrite crônica. O doador foi uma criança de nove meses, portadora de hidrocefalia, tendo realizado nefrectomia seguida de derivação ventriculovesical - denominado *free kidney*. Por anos, em razão de ausência de relato científico, houve alguma controvérsia em relação ao primeiro transplante. Algumas fontes atribuíam equivocadamente o primeiro

décadas, o país passou a ocupar um lugar de destaque no cenário mundial. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2023a, *on-line*), no país se tem “o maior programa público de transplante de órgãos, tecidos e células do mundo”, e o mais importante “é garantido a toda a população por meio do SUS, responsável pelo financiamento de cerca de 88% dos transplantes”.

As atividades de Transplantes no Brasil, são controladas pelo Ministério da Saúde, por meio do Sistema Nacional de Transplantes, estabelecido pela “Lei dos Transplantes” (Brasil, 1997a) e regulamentado pelo Decreto-Lei n. 2.268, de 30 de junho de 1997, que estabeleceu a Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos (Brasil, 1997b).

O Sistema Nacional de Transplantes (SNT), no qual se desenvolve “o processo de doação, retirada, distribuição e transplante de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano, para finalidades terapêuticas” (Brasil, 2017, art. 2), se deu a partir do Decreto de 1997; este Decreto n. 9.175 de 2017 (Brasil, 2017) duas décadas depois regulamenta a “Lei dos Transplantes” (Brasil, 1997a). O SNT também atua na promoção e desenvolvimento das políticas, que regulamentam a captação, a alocação e a logística da distribuição dos órgãos e/ou tecidos no país (Brasil, 2017).

Políticas públicas relacionada ao SNT, vem sendo ao longo dos anos implementadas, em setembro de 2023, foi instituído um Programa de Incremento Financeiro ao Sistema (Rodrigues, 2023). O objetivo de tal Programa é o de “estimular o aumento da capacidade assistencial de transplantes e atender a demanda da população, unindo o volume da atividade à qualidade da assistência” (Freire, 2024, *on-line*).

4.1 A ESTRUTURA DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES

Integram o SNT: o Ministério da Saúde (MS) e as Secretarias de Saúde das Unidades Federativas (UF) e dos Municípios; a Central Nacional de Transplantes e as

transplante a um procedimento realizado em 1965, em São Paulo. No entanto, essa publicação ratifica e retifica esse fato histórico; o primeiro transplante ocorreu em 1964, no Rio de Janeiro. A descrição desse procedimento, extraído de registros históricos e prontuário médicos, foi publicada recentemente em artigo de Moura-Neto, Moura e Souza, no Jornal Brasileiro de Transplantes, da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (2016).

Centrais Estaduais; as estruturas especializadas integrantes da rede de procura e doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes e as especializadas no processamento para preservação *ex situ* de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes; também fazem parte os estabelecimentos de saúde transplantadores, as equipes especializadas e a rede de serviços auxiliares específicos para a realização de transplantes (Brasil, 2017).

A Coordenação Nacional do SNT, é responsável pelo credenciamento das centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos, bem como o credenciamento dos estabelecimentos de saúde e das equipes especializadas a promoverem a captação de órgãos e os transplantes (Brasil, 2017). Os estabelecimentos de saúde que realizam Transplantes, precisam atender alguns requisitos para o seu credenciamento ou manutenção da licença para atuação, sendo esses referentes a:

serviços e as instalações adequados à execução de retirada, transplante ou enxerto de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano, atendidas as exigências contidas em normas complementares do Ministério da Saúde e comprovadas no requerimento de autorização (Brasil, 2017).

Segundo o MS (2023), o Brasil apresentou um aumento do número de autorizações para novos serviços de Transplantes no país “que passaram de 31 em 2022 para 64 em 2023 - aumento de 106%. Ao todo, o Brasil tem 1.198 serviços credenciados para transplantes” (MS, 2023, *on-line*).

O SNT, através da Central Nacional de Transplantes (CNT), provê os meios para transferências de órgãos entre as UF nas situações de urgência, evitando assim que seja desperdiçado órgãos sem condições de aproveitamento nas Unidades Federativas de origem. As Centrais Estaduais de Transplante, implantadas pelo MS em conjunto com as Secretarias de Saúde de cada uma dessas Unidades Federativas, coordenam as atividades relativas aos Transplantes, e vinculadas a essas, existem as OPOs.

As OPOs que atuam em conjunto com as CIHDOTTs, a nível local, visam aumentar a captação de órgãos e apoiar as atividades da CNT. As CIHDOTTs se tornaram obrigatórias nas Instituições hospitalares que têm UTIs, em Hospitais de referência para Urgência e Emergência, em Hospitais Transplantadores, tendo como principal função, a identificação de potenciais doadores de órgãos (Brasil, 2009, art. 14).

A legislação²² concernente às CIHDOTTs é a mesma que regulamenta o Transplante de Órgãos e Tecidos; estas são definidas como Comissões internas de cada hospital, instituídas por ato formal pela Direção Geral da Instituição, autorizadas pela Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CNCDO). Cada hospital possui um perfil de atendimento, e tais Comissões se enquadram na seguinte classificação de perfil institucional: CIHDOTT I; CIHDOTT II; CIHDOTT III.

CIHDOTT I é a Comissão presente em estabelecimentos de saúde onde ocorram até 200 mortes por ano, e que possuam leitos de terapia intensiva ou emergência para suporte respiratório (Brasil, 2009, art. 14). O corpo clínico do estabelecimento deve contar com profissionais da Medicina Interna, ou da Pediatria, ou Intensivistas, ou da Neurologia, ou da Neurocirurgia, ou da Neuropediatria (Brasil, 2009, art. 14).

CIHDOTT II é a Comissão que atua em “estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1000 (mil) óbitos por ano”, também é própria de “estabelecimento de saúde não-oncológicos com 200 (duzentos) a 1000 (mil) óbitos por ano” (Brasil, 2009, art. 14). CIHDOTT III é a comissão para “estabelecimento de saúde não-oncológicos com mais de 1000 (mil) óbitos por ano ou com pelo menos um programa de transplante de órgão” (Brasil, 2009, art. 14). Nos hospitais que não se enquadrem nos perfis descritos, as CIHDOTTs não são obrigatórias (Brasil, 2009, art. 14).

Quanto à composição, as CIHDOTTs são formadas por, no mínimo, três membros do corpo funcional do hospital. Um destes será responsável pela coordenação, devendo ser profissional da Medicina ou da Enfermagem; para demais membros não há a mesma exigência (Brasil, 2009, art. 15). Nas CIHDOTTs II e III, a carga de trabalho para a função de coordenação exige o mínimo de 20h dedicadas exclusivamente à referida Comissão; a coordenação das CIHDOTTs nível III deverá ser obrigatoriamente exercida por profissional da Medicina (Brasil, 2009, art. 15).

²² A exemplo da Lei n. 8489, de 18 de novembro de 1992, que dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos (Brasil, 1992) que foi atualizada pela Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, e dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante (Brasil, 1997a). Esta última foi regulamentada posteriormente pela Lei n. 2.268, de 30 de junho de 1997 (Brasil, 1997b); com o tempo outras foram sancionadas e promulgadas no mesmo tema: a Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001 (Brasil, 2001) e a Lei n. 11.521, de 18 de setembro de 2007 (Brasil, 2007).

Cada CIHDOTT está diretamente vinculada à Diretoria Médica, e deverá ter um Regimento Interno, fazer reuniões periódicas para o planejamento das ações que devem ser registradas em livro Ata da Comissão (Brasil, 2009). É de obrigação da Direção da Instituição determinar a carga horária de trabalho da CIHDOTT e dispor de um local para o trabalho da mesma, pois, há necessidade de espaço privativo para a realização das entrevistas familiares, para a própria Comissão trabalhar e fazer a guarda da documentação gerada (Brasil, 2009).

Dentre as atribuições de cada CIHDOTT, constam as ações para a formação continuada de funcionários/as como: realização de palestras; cursos; materiais informativos, e ações de educação continuada voltada especificamente para a doação de órgãos e/ou tecidos e transplantes (Brasil, 2009). Também o registro do número de mortes da Instituição deverá ser acompanhado pela CIHDOTT, realizando a notificação e registros dos casos estabelecidos de morte encefálica por meio de relatórios específicos (Brasil, 2009).

As CIHDOTTs devem, também, acompanhar as equipes que vão constatar a “morte encefálica”, conforme critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), ou seja, todo o processo para a constatação da morte encefálica. Esse processo pode ser acompanhado por médico/a de confiança indicado pela família (por vezes, a família sente-se mais segura, por já ter vínculo com o/a profissional).

Após o diagnóstico de morte encefálica, o processo de entrevista para a doação de órgãos, ou seja, o momento em que é oferecido para a família a possibilidade de doar os órgãos/tecidos de seu familiar. É a ocasião quando acontece a principal interação de cada CIHDOTT, com as famílias de indivíduos potenciais doadores.

A entrevista familiar, segundo o recomendado no Manual de Transplante do Paraná, deve ser realizada por membro de CIHDOTT, a pessoa responsável deve: ser capacitada e treinada; ter disponibilidade de tempo para acompanhar os/as familiares; e, conhecimento da legislação sobre a doação de órgãos e/ou tecidos. Traz o texto que “o objetivo da entrevista é o de dar oportunidade à família transformar a tragédia da perda de seu ente querido em um ato nobre de doação” (Paraná, 2014, p. 64).

O apoio às famílias, antes e depois de todo processo de doação de órgãos e/ou tecidos, no contexto hospitalar é devido e esperado. Por exemplo, familiares podem permanecer no hospital se assim desejarem, durante toda a realização do PME, este apoio é oferecido pelas CIHDOTTs. As funções administrativas, como arquivar os documentos relativos ao indivíduo doador, como o Termo de Consentimento Familiar Livre e Esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do indivíduo como doador, também são da alçada das CIHDOTTs (Brasil, 2009).

Após a entrevista, e tendo o aceite da família para a doação de órgãos e/ou tecidos, também é função das CIHDOTTs organizar com a Central Estadual de Transplante (CET), o processo de doação e captação de órgãos e tecidos (Brasil, 2009). Ou seja, as CIHDOTTs viabilizam o preparo de sala em centro cirúrgico para as equipes de captação de órgãos e tecidos. Estas são equipes externas acionadas pela CET, para realizarem as cirurgias para remoção dos órgãos e/ou tecidos.

As equipes que realizam a cirurgia de remoção de órgãos e/ou tecidos doados, são equipes Transplantadoras, acionadas pela CET. Essas equipes, para fins restritos a este texto, são identificadas e nominadas como EROTTs.

As EROTTs são constituídas por médicos/as cirurgiões/ãs transplantadores, das especialidades, por exemplo, no caso de Transplantes de rim, são médicos/as cirurgiões/ãs urologistas, e do Transplante de fígado, são médicos/as cirurgiões/ãs gerais e do aparelho digestivo, além de cirurgiões/ãs, essas equipes são constituídas por enfermeiros/as que atuam nas equipes de Transplantes. Essas equipes também são as responsáveis por acompanhar o quadro clínico de pacientes vinculados/as ao Serviço de Transplante e fazer o cadastro destes/as na lista de Transplante. Esse acompanhamento é realizado a nível ambulatorial.

4.2 A DEMANDA POR ÓRGÃOS NO BRASIL

Os dados do MS (Brasil, 2023a, *on-line*), no primeiro semestre de 2023, mostram que 65.775 indivíduos esperam por Transplantes no Brasil. Em 2022, 40.138 indivíduos aguardavam por um transplante de córnea, rim, fígado, coração, e pulmão, destes 21.868 realizaram transplante no mesmo ano, conforme mostra o Quadro 3.

QUADRO 3 - NECESSIDADE ESTIMADA DE TRANSPLANTES E TRANSPLANTES REALIZADOS NO BRASIL

2022	Córnea	Rim	Fígado	Coração	Pulmão
Necessidade estimada	18.913	12.609	5.254	1.681	1.681
Transplantes realizados	13.979	5.306	2.118	359	106

FONTE: ABTO (2022, p. 6).

A Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) destaca que o Brasil, ocupa o quarto lugar em número absoluto de Transplantes renais realizados, dentre os 35 países, ficando com taxas abaixo de países como os EUA, China e Índia (ABTO, 2022, p. 3). No ano de 2021, foram realizados no Brasil 4.777 transplantes de rim, enquanto na China foram 12.039 e na Índia 9.105; os EUA mantêm-se em primeiro lugar entre 35 países que realizam transplantes renais, contudo, não está disponível o número absoluto (ABTO, 2022). Quanto ao Transplante de fígado, o Brasil realizou em 2021 um total de 2.044, os EUA 9.236, a China 5.822 Transplantes, e a Índia 2.847 (ABTO, 2022, p. 3).

No Registro Brasileiro de Transplantes (RBT), que existe desde 1995, são apresentados os dados numéricos de doação de órgãos e transplantes realizados por UF e Instituição no Brasil. Compõem também o RBT, as informações referentes ao número de óbitos ocorridos no país. A ABTO utiliza como fontes de dados populacionais, os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O RBT é apresentado no formato de Revista, sendo o veículo oficial informativo, com edições trimestrais, disponíveis no *website* da ABTO.

Os dados da ABTO (2022) mostram o número de Transplantes realizados no intervalo de tempo de 10 anos, de 2012 a 2022, em números absolutos, estes estão apresentados no Quadro 4, distribuídos por órgãos transplantados.

QUADRO 4 - NÚMERO ABSOLUTO DE TRANSPLANTES REALIZADOS DE 2012 A 2022, POR ÓRGÃOS TRANSPLANTADOS

Transplantes	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Coração	228	272	311	353	357	380	357	378	308	334	356
Coração/Pulmão	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3
Fígado	1603	1726	1758	1810	1882	2124	2197	2259	2071	2044	2118
Intestino	0	0	0	1	0	1	0	2	1	3	0
Multivisceral	1	0	4	0	1	0	4	1	0	2	2
Pâncreas	153	144	128	121	135	113	147	176	146	161	133
Pulmão	69	80	67	74	92	112	121	104	65	83	103
Rim	5436	5467	5666	5593	5531	5936	5952	6302	4826	4777	5306

FONTE: ABTO (2022, p. 8).

Também são apresentados no RBT, dados dos Transplantes Pediátricos no Brasil, tendo como referência o ano de 2022. O número de Transplantes pediátricos de órgãos sólidos, 151, realizados durante o ano de 2022, está demonstrado no Quadro 5, órgão a órgão.

QUADRO 5 - NÚMERO DE TRANSPLANTES PEDIÁTRICOS DE ÓRGÃOS SÓLIDOS DURANTE 2022

Órgãos	Vivo	Falecido	Total	*pmpp	Número de equipes
Coração		32	32	0,5	13
Fígado	133	76	209	3,3	28
Intestino		0	0	0,0	0
Pulmão		2	2	0,0	2
Rim	16	249	265	4,2	45
Total	151	432	583	9,3	94

FONTE: ABTO (2022, p.16).

LEGENDA: *pmpp (Partes por milhão de população pediátrica). O cálculo para compreender partes por milhão, é feito dividindo o número de Transplantes por órgãos, pelo número da população pediátrica no Brasil. Os cálculos deste Quadro foram feitos com base nos dados do Observatório da Criança e do Adolescente-Estratificação da População estimada pelo IBGE, segundo faixas etárias no ano de 2021, onde a População Pediátrica (0-17 anos), no ano de 2021 era de 62.850.350.

Os seguintes aspectos positivos para os resultados dos Transplantes no Brasil, são destacados pela ABTO (2020, p. 6): 1) Um Sistema de Transplantes bem consolidado e regulado; 2) Apoio do setor público aos programas; 3) Melhora progressiva nos resultados dos Transplantes. As dificuldades apontadas foram 1) Crescimento insuficiente recente nas doações; 2) Elevados índices de recusa familiar à doação; 3) Importantes disparidades entre estados e regiões; 4) Limitações financeiras de alguns programas; 5) Baixo índice de notificação de morte encefálica.

Foi apresentado pela ABTO, com referência ao ano de 2022, o número de 13.195 notificações de potenciais doadores, com o número de 3.528 doadores efetivos, demais condições, como recusa familiar com o número de 3.523, contraindicação médica, parada cardíaca e outras condições, demonstram a baixa taxa de conversão para doação (ABTO, 2022, p. 6). O Departamento de Transplante Pediátrico da ABTO (2022, p. 16) também apontou dificuldades e a necessidade de um trabalho visando “aumentar o número de doadores e melhorar o aproveitamento dos órgãos doados”.

Os desafios não são poucos, segundo o MS, “apesar do grande volume de procedimentos de transplantes realizados, a quantidade de pessoas em lista de espera para receber um órgão ainda é grande (Brasil, 2023a, *on-line*). A lista de espera do Transplante no Brasil, é única, e está organizada por UF ou Região, é monitorada pelo SNT, e é regulamentada conforme Portaria n. 2.600/2009 que dispõe:

o Sistema de Lista Única será constituído pelo conjunto de potenciais receptores brasileiros, natos ou naturalizados, ou estrangeiros residentes no país inscritos para recebimento de cada tipo de órgão, tecido, célula ou parte do corpo, e regulado por um conjunto de critérios específicos para a distribuição deles a estes potenciais receptores, assim constituindo o Cadastro Técnico Único - CTU (Brasil, 2009, art. 28).

A lista, atende a pacientes do SNT e da rede privada, obedecendo a critérios técnicos, onde a “tipagem sanguínea, a compatibilidade genética e critérios de gravidade distintos para cada órgão determinam a ordem de pacientes a serem transplantados” (Brasil, 2023b, *on-line*). Ainda, se “os critérios técnicos são semelhantes, a ordem cronológica de cadastro, ou seja, a ordem de chegada, funciona como critério de desempate. Pacientes em estado crítico são atendidos com prioridade, em razão de sua condição clínica” (Brasil, 2023b, *on-line*). Outro caso de prioridade são “algumas situações de extrema gravidade com risco de morte e condições clínicas de um paciente aguardando transplante também são determinantes na organização da fila do transplante” (Brasil, 2023b, *on-line*).

De modo geral, as prioridades na posição da fila de doação correspondem à “impossibilidade total de acesso para diálise [...], insuficiência hepática aguda grave, [...] necessidade de assistência circulatória, para pacientes cardiopatas; e rejeição de órgãos recentes transplantados” (Brasil, 2023b, *on-line*).

Para cada necessidade de órgãos, existem critérios para inscrição de indivíduos candidatos a receptores em lista de espera. A exemplo, são descritos na sequência, os critérios de funcionamento para a listagem de pacientes que aguardam por Rim e por Fígado, sendo esses os órgãos mais transplantados no Brasil, conforme dados do MS (Freire, 2024, *on-line*):

com 4.514 cirurgias realizadas, o rim é o órgão mais transplantado com 66,72% dos procedimentos. Em segundo e terceiro lugar, aparece o fígado (1.777) e o coração (323), respectivamente. No momento, 41.559 pessoas aguardam em lista por um transplante de órgãos. Deste total, 24.393 são homens e 17.165 são mulheres.

Hoje no país, tratando-se da necessidade de um rim, o indivíduo candidato a receptor para transplante, com doadores falecidos, precisa preencher os seguintes critérios, para entrar na lista de espera: ter “diagnóstico de insuficiência renal crônica”; estar “realizando alguma das modalidades de terapia renal substitutiva”; apresentar “depuração da creatinina endógena menor que 10 ml/min/m²”; ainda aqueles indivíduos que “tenham idade inferior a 18 anos e apresentem depuração da creatinina endógena menor que 15 mL/min/m²”; e, aqueles que “sejam diabéticos em tratamento conservador e apresentem depuração da creatinina endógena menor que 15 mL/min/m²” (Brasil, 2009, art. 51).

Os critérios adotados para a lista de espera para rins, são de compatibilidade sanguínea, tipos ABO, na menor incompatibilidade nos critérios imunológicos, *Human Leucocyte Antigen* (antígeno leucocitário humano), que fornecerá informações sobre a igualdade ou desigualdade imunológica entre doador e receptor (Brasil, 2009). A posição em que o candidato a receber o rim, estará em relação à oferta do órgão, segue os critérios clínicos citados e fatores adicionais como: idade, tempo de espera na lista e doença de base, sendo a principal o diabetes. Portanto, “a única urgência no transplante renal é a falta de acesso vascular e peritoneal para realização de diálise, documentada e submetida à aprovação pela Central de Transplante” (ABTO, 2022, p. 111).

Cada Serviço de Transplante Renal, inscreve pacientes pelo Sistema Estadual de Transplantes, informando os dados de identificação e dados clínicos de candidatos/as aos Transplantes de Rim, que podem estar na lista de Transplantes como ativos, semiativos, inativo, removido. Estando o/a paciente, candidato/a a receptor/a para Transplante renal, listado pela equipe, e tendo uma oferta de órgão, é o Sistema de Transplantes que faz, automaticamente o cruzamento dos dados do doador e dos candidatos a receptores listados. Esse cruzamento de informações de ordem técnica aponta para a posição de candidatos/as a receptores na lista que passam a concorrer aos órgãos.

As Equipes de Transplantes Renais, são comunicadas automaticamente pelo próprio Sistema, que um de seus pacientes listados, está concorrendo aos órgãos. Estes/as profissionais acompanham a posição dos/as candidatos/as na concorrência ao órgão, e havendo a possibilidade de transplantarem, entram em contato para verificar se desejam transplantar — decisão por passar ou não pelo Transplante, é

exclusivamente do/a paciente. Ao aceitar realizar o transplante, o/a paciente é orientado/a pela Equipe de Transplante, a se direcionar ao hospital onde é acompanhado/a, para realizar o internamento e ser preparado/a para a cirurgia do Transplante.

Importante diferenciar as atividades das Equipes de Transplante Hepático e de Transplante Renal, quanto a cirurgia de remoção dos órgãos. As equipes de Transplantes de Fígado, ao receberem a oferta do órgão, avaliam sua viabilidade, para o/a paciente da lista e que é compatível com o órgão doado; podem aceitar ou não o órgão, e ao aceitarem, irão até onde está localizado o indivíduo doador, para fazerem, eles mesmos, a cirurgia para a remoção do fígado, trazem consigo o órgão e fazem a cirurgia do transplante.

Cirurgiões/ãs do Serviço de Transplante renal, não fazem a cirurgia de remoção dos rins doados, a não ser no caso dos chamados “rins isolados”; recebem essa denominação, quando não são retirados pela Equipe de Transplante Hepático, e, sim, quando são retirados isoladamente, pela Equipe de Transplante Renal. Nesses casos, funciona da seguinte maneira: a cada 30 dias, uma Equipe de Transplante Renal da cidade, fica de plantão, e somente eles realizam as cirurgias de remoção de rins isolados, quando acionados pela CET. Após a cirurgia de remoção, os órgãos são encaminhados para a CET, que fará a alocação dos órgãos, seguindo os critérios da lista de espera.

Para realizar o Transplante Renal, as equipes, são avisadas automaticamente pelo Sistema de Transplantes quando seus pacientes candidatos a receptores ganharam a concorrência pelo órgão, baseado nos critérios clínicos. O órgão é encaminhado pela CET, para o Hospital onde se encontra o candidato que aguarda pelo Transplante.

Tratando-se da necessidade de um fígado, a inscrição de indivíduos candidatos receptores em lista de espera é realizada pela equipe de Transplante, quando preenchem os seguintes requisitos:

Art. 78 Para inscrição em lista de espera de transplantes hepáticos serão aceitos potenciais receptores que estejam em tratamento de enfermidades hepáticas graves e irreversíveis.

§ 1º São consideradas indicações de transplante hepático: cirrose decorrente da infecção pelo vírus da Hepatite B ou C; cirrose alcoólica; câncer primário do fígado; hepatite fulminante; síndrome hepatopulmonar; cirrose criptogênica; atresia de vias biliares; doença de Wilson; doença de Caroli;

polineuropatia amiloidótica familiar (PAF); hemocromatoses; síndrome de Budd-Chiari; doenças metabólicas com indicação de transplante; cirrose biliar primária; cirrose biliar secundária; colangite esclerosante primária; hepatite autoimune; metástases hepáticas de tumor neuroendócrino irresssecáveis, com tumor primário já retirado ou indetectável e sem doença extra-hepática detectável; e cirrose por doença gordurosa hepática não alcoólica.

Art. 79. Para inscrição de pacientes menores de 12 anos, em lista de espera de fígado, além do previsto no art. 32 deste Regulamento, a ficha de inscrição deverá conter: valor de albumina, com data do exame; valor de RNI, com data do exame; valor de bilirrubina total sérica, com data do exame; e valor do sódio sérico, com data do exame.

Parágrafo único. Não há pontuação mínima de PELD para inscrição de pacientes menores de 12 anos, porém, para efeito de cálculo, todos os valores menores de PELD = 1 serão equiparados ao valor 1,0 (Brasil, 2009).

Os critérios de distribuição de fígado de doadores cadáveres para transplantes, conforme o critério de gravidade clínico de cada paciente, foi modificado pelo MS, que publicou a Portaria n. 1.160/2006, que foi revogada pela Portaria n. 2.600/2009. A avaliação de pacientes, passou a levar em consideração o critério de gravidade clínica com base no modelo *Model for End-stage Liver Disease* (MELD²³) — um modelo matemático que estima o risco de mortalidade de uma pessoa com doença hepática terminal tendo por base em análises clínicas laboratoriais. É utilizado o sistema MELD para receptores adultos e o sistema *Pediatric End-Stage Liver Disease* (PELD²⁴) para receptores pediátricos. Conforme a Portaria (Brasil, 2009):

Parágrafo único - O valor de MELD mínimo aceito para inscrição em lista será 11 (onze). Não há pontuação mínima de PELD para inscrição de pacientes menores de 12 anos, porém, para efeito de cálculo, todos os valores menores de PELD = 1 serão equiparados ao valor 1,0.

²³ MELD: “é um valor numérico, variando de 6(menor gravidade) a 40 (maior gravidade), usado para quantificar a urgência de transplante de fígado em candidatos com idade igual a 12 anos ou mais. É uma estimativa do risco de óbito se o transplante não for feito dentro dos três meses seguintes. O valor MELD é calculado por uma fórmula a partir do resultado de três exames laboratoriais de rotina: Bilirrubina, que mede a eficiência do fígado para excretar bile; Creatinina, uma medida da função renal; e RNI- Relação Normalizada Internacional- uma medida da atividade da protombina, que mede a função do fígado com respeito à produção de fatores de coagulação” (ADOTE, 2021, *on-line*).

²⁴ PELD: “é um valor numérico similar ao MELD, mas aplicado para crianças com menos de 12 anos, que leva em conta o resultado laboratorial dos exames: Bilirrubina, que mede a eficiência do fígado em manter a nutrição; e RNI- Relação Normalizada Internacional- uma medida da atividade da protombina, que mede a função do fígado com respeito à produção de fatores de coagulação” ADOTE, 2021, *on-line*).

No caso do Transplante de Fígado, o processo inicia-se quando há uma oferta do fígado para a equipe de Transplante. Essa oferta é feita pela CET, ao chefe médico da Equipe de Transplante de fígado, na qual está em lista de espera o paciente candidato a receptor compatível. O chefe médico da equipe de Transplante, recebe as informações sobre as condições do indivíduo doador do órgão e, seguindo a critérios médicos, decide se aceita ou não o órgão para o paciente listado no Serviço.

Em caso de aceite pelo Serviço de Transplante, essa equipe faz o contato com o paciente candidato a receptor, para verificar o aceite ou não do candidato a passar pelo Transplante. Caso o paciente aceite passar pelo Transplante, um dos cirurgiões da Equipe de Transplante, irá até o hospital onde se encontra o doador hospitalizado para realizar a cirurgia de remoção do fígado doado. Após a cirurgia de remoção do fígado, esse órgão é trazido para o Serviço de Transplante, onde será realizado o implante no indivíduo receptor. Portanto, a oferta do fígado é específica para a Equipe de Transplante onde se encontra o paciente que foi listado e selecionado pelos critérios de gravidade e compatibilidade, que é apontado pelo Sistema de Transplantes.

Toda a logística de deslocamento da EROTT até o hospital onde encontra-se o doador é realizado pela CET. O doador, indivíduo em morte encefálica, pode estar internado no mesmo hospital onde a Equipe de Transplantes atua, estar em outro hospital na mesma cidade, ou até em outras cidades das UFs, respeitando os limites territoriais pré-definidos pela CET.

Com relação aos materiais utilizados para a cirurgia de remoção do órgão, como líquidos de preservação do órgão e caixa de acondicionamento, são de responsabilidade do Serviço de Transplantes que irá realizar a remoção. A equipe de enfermagem, parte das EROTTs, realiza todo o processo de *checklist*, dos materiais necessários para a remoção do órgão, ainda no Serviço de Transplante onde atuam, antes de se encaminharem para o hospital onde será realizada a cirurgia de remoção do órgão. Também acompanham a cirurgia de remoção, e ao retornarem ao Centro Transplantador, acompanham a cirurgia do Transplante.

É da responsabilidade de médicos/as das EROTTs, a cirurgia, acondicionamento do órgão e preenchimento do relatório de cirurgia de remoção de órgãos. Ainda, aquele/a que tenha realizado a remoção do órgão, ou outro cirurgião/ã da equipe de Transplante, quem realizará o implante do fígado no receptor.

Quando há oferta de um ou mais órgãos, como fígado, rins e pâncreas, cirurgias que irão fazer a cirurgia de remoção do fígado, também farão a cirurgia para remoção do pâncreas, e dos rins, e encaminharão para a CET, para a alocação dos órgãos, conforme a lista de transplantes para os órgãos. Esta dinâmica acontece, evitando assim que muitas equipes tenham que se deslocar para a realização das cirurgias de remoção de órgãos. Neste caso, sendo órgãos da região abdominal, a mesma equipe faz a remoção dos demais órgãos doados.

Quando, por alguma razão de ordem técnica, não há doação de fígado, ou o órgão não foi aceito pela equipe de Transplante Hepático, e há doação de rins, a CET, aciona o Serviço de Transplante Renal, que então irá realizar a cirurgia de remoção dos rins, as chamadas de remoção de “rins isolados”, que serão encaminhados para a CET, para a alocação dos órgãos.

O tempo, é também um critério determinante no Processo Doação-Transplante. Após a remoção do órgão do corpo do doador, o tempo ideal para que seja realizado o implante dentro das melhores condições desse órgão, é sempre o menor “tempo de isquemia”, o tempo que começa na remoção do órgão no corpo do doador e é contado até o término do implante no receptor. Esse tempo é dividido nos seguintes tempos de isquemia:

Tempo de isquemia quente inicial - Tempo que vai do clampeamento da aorta, no caso do doador falecido, ou da artéria do órgão a ser removido (artéria renal, por exemplo), no caso de transplante renal com doador vivo, até o início do resfriamento do órgão com o começo da infusão da solução de preservação a 4°C. Geralmente, vai de zero a 10 minutos.

Tempo de isquemia fria- Tempo que vai do início da infusão da solução de preservação até a retirada do órgão da embalagem onde está preservado para o implante.

Tempo de isquemia quente final ou de anastomose- Tempo que vai da retirada do órgão da embalagem e início das anastomoses dos vasos sanguíneos até a liberação dos clampes nesses vasos, com a retomada da circulação no órgão.

Os tempos de isquemia devem ser minimizados para reduzir a lesão de isquemia e reperfusão e melhorar os resultados dos transplantes (Garcia *et al.*, 2017b, p. 17).

Cada órgão consegue manter-se fora do corpo humano, por um determinado tempo, com suas funções preservadas, conforme retrata o Quadro 6, enquanto um fígado pode aguentar 12 horas fora do corpo humano, um rim pode aguentar até 48 horas. É uma corrida contra o tempo, essa é sem dúvida uma das tensões a refletir: a

logística da captação de órgãos, que necessita prever a viabilidade de tempo e condições de deslocamento das EROTTs. Por essa razão, o SNT conta com uma rede de apoio de transporte terrestre e aéreo, a pensar nas distâncias em que as equipes precisam se deslocar para irem até o local onde será realizada a cirurgia de retirada dos órgãos e/ou tecidos.

QUADRO 6 – TEMPO DE ISQUEMIA/ÓRGÃO PARA TRANSPLANTE

Órgão	Tempo de isquemia
Coração	04 horas
Pulmão	04 a 06 horas
Rim	48 horas
Fígado	12 horas
Pâncreas	12 horas

FONTE: Garcia (2017).

É possível até aqui, compreender a estrutura do SNT, seu funcionamento e organização em várias instâncias para que o Processo de Transplantes, seja desenvolvido dentro de uma condição legal, ética e de transparência. É dentro dessa grande estrutura que transcorre o Processo Doação - Transplante, etapas de ações ordenadas, desenvolvidas por atores sociais, que desempenham atividades distintas, sendo este, o contexto desta pesquisa.

4.3 O PROCESSO DOAÇÃO - TRANSPLANTE

O Processo Doação - Transplante, enquanto conceito, afirmam Garcia e colaboradores (2017a, p. 19), é “um procedimento médico composto por uma série de passos ordenados de forma precisa, que transforma os órgãos de uma pessoa falecida em órgãos suscetíveis de serem transplantados”. Inúmeros/as profissionais atuam em distintas etapas desse processo, como:

médicos atuando em áreas críticas - intensivistas, neurologistas e clínicos; profissionais das coordenações hospitalares de transplante e das Organização de Procura de Órgãos; integrantes das equipes de remoção e das equipes de transplantes; membros das centrais estaduais e da central nacional de transplantes (Garcia *et al.*, 2017a, p. 19).

Uma primeira condição de atenção para compreender o Processo Doação - Transplante, é o entendimento da nomenclatura específica utilizada. Essa nomenclatura foi uma iniciativa para unificar os termos empregados pelos Serviços, a

fim de evitar equívocos, que foi estabelecido pela *World Health Organization*, pela *Transplantation Society* e pela *Organization Nacional de Transplantes* (2011, *on-line*). Essa nomenclatura contempla os seguintes termos:

Possível doador: paciente com lesão encefálica grave, em uso de ventilação mecânica;

Potencial doador: após a abertura do protocolo para o diagnóstico de morte encefálica;

Elegível para doação: quando foi confirmado o diagnóstico de morte encefálica;

Doador efetivo: quando iniciada a cirurgia para remoção de órgãos;

Doador com órgãos transplantados: quando pelo menos um dos órgãos removidos é transplantado.

Aqui, o uso de uma nomenclatura unificada, evitando distorções, equívocos, desempenha um papel fundamental de esclarecimento não somente a profissionais de saúde envolvidos no Processo Doação - Transplante, mas para a sociedade em geral. Observa-se uma preocupação em não tornar o processo de doação de órgãos, que acontece em meio à dor e sofrimento das famílias ao lidarem com a morte, ainda mais invasivo, ou até mesmo inoportuno.

Seria uma atenção somente do ponto de vista linguístico? É possível pensar que a preocupação ultrapassa a questão linguística, sendo também um ponto de tensão possível nesse processo, pois, a exemplo do que traz Garcia e Pacini (2015), alguns termos apresentam conotação agressiva, impositiva, podendo impactar negativamente no Processo de Doação de órgãos.

O que se constata é que nesta substituição de termos, adota-se uma linguagem mais técnica, científica. Estariam essas novas terminologias, ao acesso do senso comum? Convém que se observe as seguintes recomendações de uso de palavras, com cautela e reflexão:

Entrevista familiar: não se deve falar em abordagem familiar, pois abordar apresenta conotação de aproximar-se de alguém para investigação, enquanto entrevista é uma técnica de intervenção que permite estabelecer uma relação profissional e um vínculo intersubjetivo e interpessoal entre duas ou mais pessoas:

Doador falecido: apresenta caráter menos agressivo que doador cadáver, pois o termo 'cadáver' tem conotação médico-legal;

Morte encefálica: em vez de morte cerebral, pois, para esse diagnóstico, deve haver, além da morte do cérebro (córtex cerebral), a morte do tronco encefálico. A morte apenas do cérebro configura o quadro de estado vegetativo persistente;

Morte circulatória: em vez de morte cardíaca ou sem batimentos cardíacos, pois já há casos de doação de coração nessas situações.

Os termos 'remoção', 'extração' ou 'retirada' de órgãos devem ser usados para substituir o termo 'captação de órgãos', quando utilizado no sentido da cirurgia para a remoção dos órgãos, tendo em vista que no dicionário a palavra 'captar' significa conseguir, granjear a confiança, a simpatia ou a boa vontade, tanto pelo mérito quanto pela insinuação e impostura. Já o termo 'captação' tem como significado ação de captar, tomar, agarrar, passando a impressão de imposição;

Os termos 'procura' ou 'obtenção' de doadores devem substituir o termo 'captação', quando utilizado em *latu sensu*, para todo o processo de procura de doadores, pois essa denominação deixa dúvida se está se referindo a remoção/retirada ou a todo o processo de procura, portanto o termo 'captação' deve ser evitado, não se esquecendo do sentido impositivo que esse termo denota;

A denominação 'doador limítrofe ou com critérios liberalizados' apresenta melhor aceitação do que o termo 'doador marginal', levando em conta que a palavra 'marginal', no Brasil, tem conotação mais social do que técnica. Também pode ser utilizado o termo 'doador com critérios expandidos', uma tradução literal do termo em inglês, embora não tão adequado quanto liberalizado;

O termo 'morte encefálica' deve ser empregado em substituição ao termo 'morte cerebral', amplamente difundido no meio leigo. Entretanto, esse termo não expressa corretamente a morte do indivíduo. Para ocorrer o óbito, deve haver a morte de todo o encéfalo (cérebro e troncoencefálico). O termo 'morte cerebral' representa apenas o quadro de morte do cérebro (córtex cerebral), sem a morte do tronco encefálico, que é denominado estado vegetativo persistente. Embora o termo 'morte cerebral' seja de uso corrente no meio leigo, deve-se evitar seu emprego (Garcia; Pacini, 2015, p. 25-26).

As etapas sucessivas desse processo, apresentadas por Garcia e colaboradores (2017a) estão dispostas da seguinte maneira:

Primeira etapa - Detecção de potenciais doadores, que estão em unidades hospitalares onde ventiladores mecânicos estão à disposição, ou seja, UTIs, Pronto Atendimento, Pronto Socorros.

Segunda etapa - Diagnóstico de morte encefálica — uma situação clínica onde há uma lesão irreversível do encéfalo —, por meio de exames, seguindo-se um protocolo específico. Se o diagnóstico confirma a morte encefálica, este é comunicado a família pelo médico.

Terceira etapa - Entrevista familiar. Neste momento, após a comunicação do diagnóstico, a possibilidade de doar os órgãos e tecidos é colocada para a família,

sendo esta a condição legal para que haja a doação, pois segundo a legislação do país é a família que determina a doação e quais órgãos e tecidos serão doados.

Quarta etapa - Avaliação do potencial doador. Trata-se de procedimentos que possam determinar se órgãos e tecidos são viáveis para doação e se o doador não apresenta enfermidades que possam ser transmitidas ao(s) indivíduo(s) receptores dos órgãos

Quinta etapa - Manutenção do potencial doador, “acontece desde a identificação do potencial doador até o ingresso no centro cirúrgico” (Garcia *et al.*, 2017a, p. 23). Salienta-se que quando se trata de doação por morte encefálica, há uma urgência quanto à remoção dos órgãos ou tecidos, pois ocorre “imediata e progressiva deterioração das funções orgânicas. A parada cardíaca, por impossibilidade de manter os parâmetros hemodinâmicos, ocorre normalmente em 24 ou 72 horas” (Garcia *et al.*, 2017a, p. 23).

Sexta etapa - Aspectos logísticos. A fim de dar conta da celeridade necessária, “exige agilidade e organização”; entre a autorização familiar e a entrega do corpo após a remoção dos órgãos e/ou tecidos o ideal seria um intervalo de 12 horas, sendo aceitável até 18 horas.

Sétima etapa - Remoção de órgãos e tecidos. Há um ordenamento para a cirurgia de remoção dos órgãos e/ou tecidos, a sequência a ser obedecida é iniciada com o coração e pulmões, depois fígado, pâncreas, rins, e então, os enxertos vasculares, córneas, pele e outros tecidos (Garcia *et al.*, 2017a, p. 26).

Oitava etapa - Alocação. A Central de Transplantes de cada UF mantém as listas de espera, e os critérios de alocação, são determinados pelo SNT. Os critérios são específicos para cada órgão, baseando-se na “gravidade, compatibilidade imunológica e tempo de espera” (Garcia *et al.*, 2017a, p. 27).

Nona etapa - Transplante. A realização da cirurgia do implante dos órgãos e/ou tecidos, nos pacientes receptores.

Décima etapa - Acompanhamento. Pacientes que realizaram os transplantes, passam por consulta médica para avaliarem sua condição clínica, esses atendimentos acontecem em Ambulatórios Pós-Transplante, “os resultados dos Transplantes, são encaminhados a cada dois anos para a Central de Transplantes, que os remeterá ao Sistema Nacional de Transplantes (SNT) para o cadastramento das equipes” (Garcia *et al.*, 2017a, p. 28).

Portanto, o Processo Doação - Transplante se inicia com a participação da sociedade (doadores e familiares), transcorre com eficiência e efetividade com a atuação de dezenas de profissionais que desempenham papéis, em etapas distintas, como parte da infraestrutura hospitalar e das instituições reguladoras envolvidas. Este Processo se “conclui também com a participação da sociedade, por meio dos receptores beneficiados com o transplante” (Garcia *et al.*, 2017a, p. 28).

Como mostra Garcia (2017), um processo que inicia com a participação da sociedade, no tocante a doação de órgãos, principal viabilizador para a realização dos Transplantes, seja de adultos ou pediátricos. Transplantes podem ser realizados com órgãos de doadores vivos e de doadores falecidos, diagnosticados com morte encefálica, ou com morte circulatória. Contudo, no caso do Processo Doação - Transplante, trata-se da doação de órgãos de doadores falecidos por morte encefálica. A saber, a doação de órgãos entre indivíduos vivos, de acordo com a lei, só pode ocorrer entre parentes de até quarto grau ou cônjuge; podem ser doados; um dos rins, parte do fígado, parte da medula ou parte dos pulmões (Brasil, 2023a). De doador falecido, cuja morte encefálica está diagnosticada, podem ser doados rins, coração, pulmão, pâncreas, fígado e intestino, e os tecidos: córneas, válvulas, ossos, músculos, tendões, pele, cartilagem, medula óssea, sangue do cordão umbilical, veias e artérias (Brasil, 2023a).

O processo de transplante, segundo Lazzaretti (2008, p.107), tem junto com a Lei que o regulamenta, o aval “público e político que abrange toda a sociedade”. Nesse sentido, algumas implicações sociais e culturais chamam a atenção para “novas relações entre corpos humanos e a tecnologia médica”, estas que produzem:

[...] além de ramificações legais, econômicas, políticas e éticas, efeitos subjetivos significativos e complexos, rompendo com antigos conceitos tanto de vida e morte como do corpo humano. Estes aspectos interligados levantam a questão de fundo sociológico da construção cultural de uma ‘comunidade de transplante’ consistindo na equipe médica de transplante, coordenadores, receptores, doadores e suas famílias (Lazzaretti, 2008, p.107).

Dentre os dispositivos legais que garantem o processo de transplante, em novembro de 2023, foi instituída a lei que incentiva a doação de órgãos pela Política Nacional de Conscientização e Incentivo à Doação e Transplantes de Órgãos e Tecidos (Brasil, 2023c). Os objetivos expressos no Art. 2 da Lei (Brasil, 2023c) são:

- I - informar e conscientizar a população sobre a relevância da doação de órgãos e tecidos;
- II - contribuir para o aumento do número de doadores e da efetividade das doações no País;
- III - promover a discussão, o esclarecimento científico e a desmistificação do tema;
- IV - aprimorar, em todo o território nacional, o sistema nacional de transplantes para que atenda tempestivamente às necessidades de saúde da população;
- V - promover a formação continuada de gestores e de profissionais da saúde e da educação em relação ao tema, nos termos do regulamento.

Das estratégias adotadas pela Política Nacional (Brasil, 2023c) tem-se, no Art. 3, que:

- I - realização de campanhas de divulgação e conscientização;
 - II - desenvolvimento de atividades, nos estabelecimentos de todos os níveis de ensino, direcionadas à disseminação de conteúdos que promovam a conscientização dos estudantes, evidenciando os fundamentos científicos, culturais, econômicos, políticos e sociais subjacentes ao tema;
 - III - adoção, nos cursos técnicos de nível médio e nos cursos de nível superior, na área da saúde, de conteúdos e práticas que favoreçam a atuação dos profissionais neles formados nas diversas dimensões relativas à doação e ao transplante de órgãos e tecidos;
 - IV - estímulo à elaboração de material didático escolar que contemple, de forma adequada a cada faixa etária estudantil, a temática relativa à Política;
 - V - desenvolvimento de programas de formação continuada para gestores e profissionais da saúde e da educação que contemplem o tema da Política, nos termos do regulamento.
- Parágrafo único. As atividades referidas no inciso II do **caput** deste artigo incluirão 1 (uma) semana dedicada ao tema, a ser realizada anualmente na última semana de setembro.

A terapêutica dos Transplantes, enfrenta inúmeros desafios quanto à doação de órgãos, motivo pelo qual campanhas destinadas à conscientização da população são incentivadas. A ABTO realiza a cada ano mês de setembro, a Campanha Nacional de Doação de Órgãos, “em apoio à Lei Nº 15.463, de 18 de junho de 2014, que instituiu o mês da doação de órgãos, denominado ‘Setembro Verde’” (ABTO, 2024).

5 OS DADOS DA PESQUISA

Os dados da pesquisa são apresentados em conjuntos; constituídos por documentos, observações, e entrevistas, esses dados fornecem o que, para Minayo (2014, p. 356), constitui o “mapa horizontal de suas descobertas de campo”. Esse mapa possibilita um olhar para os conjuntos de dados coletados no campo, sua abrangência, sua complementariedade, suas especificidades. Reconhece-se a importância desse momento no que tange ao cuidado com os dados coletados, para não deixar escapar os achados em campo.

5.1 DOS DOCUMENTOS E OBSERVAÇÕES

Compõem o conjunto de documentos, os divulgados pelo Sistema Estadual de Transplantes e da CET, por meio digital, que forneceu uma importante base, para a leitura dos documentos disponibilizados, arquivos físicos e digitais das CIHDOTTs e EROTTs nos Hospitais A e B. Os dados da coleta nos hospitais foram anotados no Diário de Campo, e os arquivos consultados do Sistema Estadual de Transplantes e na CET, foram arquivados digitalmente.

Foram consultadas as Portarias que regulamentam os Transplantes e que, também, regulamentam e orientam as atividades das CIHDOTTs, identificando como são constituídas, o perfil que depende do tamanho e perfil de atendimento do hospital. Esses documentos, contém informações referentes: à Legislação; ao Controle; à Avaliação e Auditoria; ao Credenciamento; e, à Revalidação dos Centros de Transplantes.

No *website* do Sistema Estadual de Transplantes, na aba Informações/Profissionais da saúde, foram acessadas pastas com informações referentes ao Diagnóstico/PME; Formulários de Notificação de Morte Encefálica; Notificação de Parada Cardiorrespiratória; Acesso (Pré-Transplante); Doador e Receptor PAF²⁵; Doador Vivo; Transplante de Medula Óssea; Tecidos; Câmaras

²⁵ Doador de fígado transplante dominó, mais informações podem ser acessadas em: <http://www.paranatransplantes.pr.gov.br/Pagina/DoadorReceptor-PAF>.

Técnicas; Pós-Transplante; *Links* importantes; Cursos disponibilizados aos profissionais de saúde sobre os temas relacionados.

Também foram consultados o Manual de Diagnóstico e Manutenção, 2018; *Checklist* - Fluxograma PME; *Checklist* para Acompanhamento do Processo de Notificação de Morte Encefálica – Doação; Diretrizes AMIB para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador falecido, AMIB 2011; Manejo do potencial doador de órgãos na UTI - *Society of Critical Care Medicine*, 2015; *Checklist* - Fluxograma Manejo Potencial Doador; *Checklist* do Acolhimento e Entrevista Familiar; *Checklist* para Manutenção do Potencial Doador de Órgãos; Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica; e, AMIB, 2016.

Podem ser acessados vídeos²⁶ de apresentação de alguns dos processos como: Vídeo 1- Identificação do paciente em suspeita de morte encefálica; Vídeo 2- Exame clínico para o PME; Vídeo 3- Teste de Apneia; Vídeo 4- Exames Complementares confirmatórios da Morte Encefálica; Vídeo 5- Manutenção do Potencial doador.

Quanto à notificação de morte encefálica (Anexo), o PME completo está disponível para consulta e pode ser acessado, contendo os seguintes formulários e outros documentos: Formulário Cálculo de Hemodiluição; Questionário da História Médico-Social; Relatório de Retirada de órgãos e tecidos; Termo de autorização familiar para remoção dos órgãos e tecidos; Exame físico; Relatório de Entrevista familiar; Termo de Declaração de Morte Encefálica; Modelo de Declaração de União Estável.

A leitura prévia desses materiais disponibilizados pelo Sistema Estadual de Transplantes e pela CET, contribuíram para que os documentos dos serviços das CIHDOTTs e das EROTTs, utilizados nas atividades de trabalho, fossem compreendidos, pois, todos os formulários que foram citados (formulários de notificação de morte encefálica, o PME, o relatório de Entrevista Familiar, formulário de descrição cirúrgica) são padronizados e disponibilizados pela CET, para uso dos hospitais.

Todos os documentos consultados nos hospitais, ou seja, no campo de pesquisa, foram disponibilizados por coordenadores/as dos Serviços. Iniciou-se a

²⁶ Para mais informações e acesso aos vídeos, pode-se acessar:
<http://www.paranatransplantes.pr.gov.br/Pagina/Protocolo-para-diagnostico-de-Morte-Encefalica>

consulta pelos documentos formais dos Serviços como: regimentos internos, organograma, e fluxogramas de atividades. Esses documentos, em parte, estavam disponíveis em meio eletrônico, outros em pastas físicas disponibilizadas nas salas dos Serviços, onde foi realizado a leitura e as anotações no Diário de Campo (DC).

Nos Serviços das CIHDOTTs, foram disponibilizados os arquivos dos PMEs, estavam disponíveis em ambos os Serviços, os últimos dois anos, ou seja, os arquivos dos anos de 2020, 2021 e parte de 2022, até a data da permanência desta pesquisadora nos hospitais. Esses arquivos, são conjuntos de documentos de cada Protocolo, que contém: dados de identificação de pacientes, seu diagnóstico, o descritivo das etapas de exames; a identificação dos/as profissionais que participaram do processo de avaliação; a Declaração de Morte Encefálica; os Termos de Autorização para Doação; e, o formulário da entrevista familiar.

Tendo em vista a Lei Geral de Proteção de Dados²⁷, apresenta-se um panorama geral do número de Protocolos realizados pelos hospitais, no período descrito, a fim de verificar a frequência de suas realizações e os índices de conversão para doação de órgãos e/ou tecidos, resguardando todos os dados que possam identificar pacientes, participantes da pesquisa e/ou hospitais.

No Quadro 7, constam os dados com o número de PME abertos e os resultados de conversão para doação de órgãos e/ou tecidos nas CIHDOTTs dos Hospitais A e B, o que permite ter uma noção do número de entrevistas com as famílias para a doação.

²⁷ A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei n. 13.709/2018, “dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural. De acordo com a Lei, dados pessoais são as informações relacionadas a pessoa natural identificada ou identificável” (Brasil, 2018a, art. 5, I).

QUADRO 7 – NÚMERO DE PROTOCOLOS DE MORTE ENCEFÁLICA ABERTOS NOS SERVIÇOS E RESULTADOS NO PERÍODO DE 2020, 2021, 2022 (PERÍODO DOS MESES DA COLETA DE DADOS)

CIHDOTTs	Protocolos Abertos/ Fonte de dados			Resultados	
	2020	2021	2022	Doações	Não Doações
CIHDOTT A	2 Relatórios Atas	12 Protocolos disponíveis	0 até junho	2	Protocolo não conclusivo para Morte Encefálica (1) Recusa Família (1) Descarte clínico (6) Óbito antes de fechamento Protocolo (3) Contraindicações (1)
CIHDOTT B	49 Relatório Anual	75 Relatório Anual	22 até agosto Relatório	70	Descarte clínico (36) Equipe de captação não disponível (25) Recusa familiar (18); Recusa estrutural (8) Paciente sem família (3)

FONTE: a Autora (2023).

Foi realizada uma leitura geral de todos os protocolos disponibilizados, contudo, a atenção esteve voltada para as informações contidas no relatório de entrevista familiar, do interesse desta pesquisa, uma vez que não foi possível acompanhar as entrevistas, principal interação das CIHDOTTs com as famílias dos potenciais doadores de órgãos. Assim a fonte documental, tornou-se fundamental para o entendimento do processo interacional dessas equipes.

A entrevista familiar para a doação de órgãos e/ou tecidos, após o diagnóstico de morte encefálica, é realizada pela Coordenação da CIHDOTT, sendo obrigatório o preenchimento de um relatório, onde são descritas todas as etapas da entrevista. Constam nos relatórios informações quanto: ao contato com a família, como aconteceu, em qual cenário, quem da equipe médica informou a morte encefálica, detalhes dessa interação como dificuldades de comunicação; quantas pessoas da família participaram do processo de decisão; se houve doação, quem assinou o Termo de Doação; se houve recusa por parte da família, quais os motivos apontados — essa justificativa, precisa constar no formulário da entrevista, por exemplo, dissenso familiar, o desconhecimento do desejo do doador e outras condições que se apresentarem na entrevista. Também, estão relatadas outras tensões identificadas.

A leitura dos PMEs, também possibilitou compreender as causas mais frequentes de morte encefálica, incluindo os diferentes tipos de violência, acidentes,

traumas. Desvelando-se uma realidade social impactante, onde a vulnerabilidade humana se apresenta das mais distintas formas, a fragilidade da vida, desde uma súbita condição clínica que pode levar um indivíduo à morte encefálica, até a apresentação das várias formas de violência a que todos os seres humanos, de certa forma, estão vulneráveis.

Todas as causas de morte encefálica têm como característica comum, o inesperado, o súbito, trazendo uma condição traumática para enfrentamento das famílias. Ainda assim, essas famílias precisam lidar com a morte, a dor da perda súbita de um ente querido e tomar uma decisão que envolve o corpo de outra pessoa, no caso da doação de órgãos e/ou tecidos. As tensões, tanto por parte da família para tomar a decisão para doação ou não dos órgãos e/ou tecidos, como por parte de profissionais das CIHDOTTs, que fazem a entrevista para a doação, puderam ser observadas nas descrições dos documentos da entrevista familiar, que foram anotadas na íntegra.

Nesta etapa de consulta aos documentos, também puderam ser realizadas observações. As consultas aos documentos, aconteceram nas salas dos Serviços, com o acompanhamento contínuo da Coordenação durante todo o processo de leitura, colocando-se à disposição para esclarecer dúvidas que pudessem surgir — por exemplo, quanto às anotações das equipes utilizando termos específicos, o que de fato ocorreu, e de pronto a Coordenação esclareceu. Por vezes, ao esclarecer um relatório de entrevista, existia uma narrativa da interação com a família, dados retomados pela memória, por vezes, carregado de emoções.

Segundo Chauí (2000, p. 162), no processo de memorização estão envolvidos componentes objetivos e subjetivos que vão formar as lembranças:

são componentes objetivos: as atividades físico-fisiológicas e químicas de gravação e registro cerebral das lembranças, bem como a estrutura do objeto que será lembrado. Assim, por exemplo, a psicologia da *Gestalt* mostra que temos maior facilidade para memorizar uma melodia do que sons isolados ou dispersos; que memorizamos mais facilmente figuras regulares (círculo, quadrado, triângulo, etc.) do que um conjunto disperso de linhas. São componentes subjetivos: a importância do fato e da coisa para nós; o significado emocional ou afetivo do fato ou da coisa para nós; o modo como alguma coisa nos impressionou e ficou gravada em nós; a necessidade para nossa vida prática ou para o desenvolvimento de nossos conhecimentos; o prazer ou dor que um fato ou alguma coisa produziram em nós, etc. Em outras palavras, mesmo que nosso cérebro grave e registre tudo, não é isso a memória e sim o que foi gravado com um sentido ou com um significado para nós e para os outros.

Nesses momentos de observação, foi possível identificar, sentimentos e emoções vivenciadas por participantes, informações que não estão contempladas nas entrevistas, tampouco nos relatórios de entrevista familiar para a doação. Assim é possível afirmar que os recursos para coleta de dados utilizado nessa pesquisa, atendeu aos objetivos. Cada um, dando conta do que outro não contemplava.

Ainda, quanto aos documentos, foram disponibilizadas as Atas de reuniões apontando as dificuldades encontradas nos processos internos das Comissões, como são resolvidos, a implementação de soluções e decisões das Comissões. Dentre os apontamentos, a necessidades de treinamentos internos às equipes de Pronto Socorro e UTI, uma vez que estes são os locais onde se encontram os potenciais doadores, melhorando assim a comunicação interna para aviso de internamento de possíveis doadores. Essas condições estruturais podem impactar negativamente no processo de doação, como o tempo de espera que a família permanece aguardando o corpo do seu familiar, no caso da cirurgia de remoção dos órgãos e/ou tecidos.

A pesquisa foi realizada em hospitais com perfis distintos, conforme já explicitado, portanto, são distintas as CIHDOTTs, com classificações distintas, a depender do perfil de cada hospital. Por conta disso, a pesquisa teve como referência uma CIHDOTT nível II²⁸ e uma CIHDOTT nível III.

No Hospital A, a CIHDOTT é de nível II, composta por quatro integrantes, sendo um médico intensivista, dois enfermeiros e uma psicóloga. No Hospital B, a CIHDOTT é de nível III, e conta com nove integrantes, sendo um médico intensivista, duas enfermeiras exclusivas, uma outra enfermeira, dois psicólogos, e dois assistentes sociais, uma funcionária do setor administrativo (não participante da pesquisa).

A organização dos documentos referentes às CIHDOTTs foi realizada a partir da sua natureza legal e identificados como: Documentos Normativos Gerais e Documentos dos Serviços, conforme apresentado no Quadro 8.

²⁸ A CIHDOTT II é a comissão que atua em “estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1000 (mil) óbitos por ano”, também é própria de “estabelecimento de saúde não-oncológicos com 200 (duzentos) a 1000 (mil) óbitos por ano” (Brasil, 2009, art. 14). Enquanto a CIHDOTT III é a comissão para “estabelecimento de saúde não-oncológicos com mais de 1000 (mil) óbitos por ano ou com pelo menos um programa de transplante de órgão” (Brasil, 2009, art. 14).

QUADRO 8 - DOCUMENTOS QUANTO A SUA NATUREZA LEGAL

CIHDOTTs	Documentos
Documentos Normativos Gerais (Sistema Estadual de Transplantes)	Legislações e Resoluções; Notas Técnicas; Portarias; Manuais; Formulários padronizados pelo Sistema Estadual de Transplantes.
Documentos Normativos dos Serviços	Regimento Interno das CIHDOTTs; Cronograma de reuniões; Atas das reuniões; Pastas dos Serviços (com cópia dos Protocolos de Morte Encefálica); Fluxograma das atividades; Indicadores dos Serviços; Procedimentos Operacionais Padrão – refere-se à descrição passo a passo para a realização de um processo; Planilhas de controle interno (Busca Ativa); Relatórios.

FONTE: a Autora (2023).

Nas Atas de reuniões das CIHDOTTs, são apontadas as dificuldades encontradas na realização dos Protocolos; questões técnicas operacionais, como a demora na realização de algum exame do PME; dificuldades no manejo da manutenção do potencial doador; e, dificuldades identificadas na interação da Comissão com demais profissionais do hospital, principalmente das UTIs e Pronto Socorros, onde atuam diariamente.

Também são citadas: as dificuldades encontradas nas entrevistas com familiares de potenciais doadores; a identificação ou não de escapes²⁹; necessidades de elaborações de treinamentos para as equipes do hospital quanto às atualizações de normativas sobre o PME e sobre a doação de órgãos e/ou tecidos; e, treinamentos que visam informar todo o corpo funcional do hospital sobre o trabalho da CIHDOTT na doação de órgãos e/ou tecidos para os Transplantes.

As CIHDOTTs também mantêm controle, por meio de planilhas, dos óbitos que acontecem na Instituição e a planilha de Busca Ativa por potenciais doadores no hospital. Essa planilha é enviada diariamente para a OPO, que acompanha a evolução dos casos, junto às CIHDOTTs.

²⁹ Referem-se a potenciais doadores que porventura não tenham sido notificados pela CET.

A Busca Ativa por potenciais doadores de órgãos e/ou tecidos, é realizada pela Coordenação da enfermagem das CIHDOTTs, que realizam visitas nas unidades que possuem ventiladores mecânicos, ou seja, UTIs, Emergências, Salas de Recuperação, ou Unidades de Pronto Atendimento ou Pronto Socorro.

A depender do número de leitos do Hospital e dinâmica de recepção de pacientes de Pronto Socorro, esta visita pode acontecer várias vezes ao dia, além das equipes ficarem de prontidão para atender a chamados internos do hospital, quando identificam a entrada de um potencial doador. Segundo Garcia e colaboradores (2017a, p. 20), para ser um potencial doador, é preciso apresentar os pré-requisitos: “coma de causa conhecida; coma profundo de grau 3 na escala de Glasgow no ventilador (sem respirar)”.

Quanto ao conjunto de documentos das EROTTs, foram disponibilizados arquivos físicos e digitais, referentes ao trabalho de remoção dos órgãos e/ou tecidos doados. A consulta foi realizada nos Ambulatórios de Transplantes dos Hospitais A e B. Ressalta-se, contudo, que não foram acessados os prontuários dos pacientes dos Ambulatórios dos Transplantes.

Esses ambulatórios atendem a pacientes candidatos/as ao Transplantes Hepático e Renal e pacientes transplantados/as. Em cada um desses Serviços, profissionais da Enfermagem são responsáveis pela coordenação desses ambulatórios, sendo um/a enfermeiro/a exclusivo/a para o ambulatório de Transplante Hepático e um enfermeiro/a exclusivo/a para o ambulatório de Transplante Renal.

Dentre as atividades no Ambulatório, enfermeiros/as são responsáveis por manter o contato com pacientes. Os dados de pacientes são atualizados frequentemente, diante da necessidade de ser chamado para transplantes, também exames são atualizados no sistema de cadastro do SNT, pois, destes dependem os critérios para lista de transplante.

A equipe de Enfermagem, também acompanha o processo de cirurgia de remoção de órgãos e/ou tecidos e as cirurgias de Transplantes; quando não estão em horário de trabalho, cumprem sobreaviso, ficando sempre disponíveis em uma escala para acompanhar as cirurgias. Médicos/as cirurgiões/ãs de cada especialidade, acompanham clinicamente o/a paciente candidato/a ao Transplante, realizam a cirurgia de Transplante.

O acompanhamento dos/as pacientes pré-transplante são realizados no ambulatório de Transplante pela equipe médica, assim como o acompanhamento permanente de pacientes transplantados/as, passando por avaliações periódicas de sua condição clínica, onde recebem orientações sobre as medicações de uso contínuo, mantendo um vínculo permanente com o Serviço de Transplante.

Quanto às cirurgias de remoção de órgãos e/ou tecidos, que são realizadas por médicos da equipe de Transplante, cabe ressaltar que no momento em que o/a médico/a chega ao local onde irá realizar a cirurgia de remoção de órgãos e/ou tecidos, recebe: o prontuário do/a paciente com o PME completo, com todos os exames das etapas de diagnóstico, e a hora do óbito; o Termo de Doação de órgãos e/ou tecidos preenchido e assinado pela família do/a doador/a; e, a documentação montada pelas CIHDOTTs.

Esse momento de conferência dos documentos do PME no pré-cirúrgico de remoção de órgãos, ocorre para a segurança do processo. Após a cirurgia de remoção de órgãos e/ou tecidos, o/a médico/a cirurgião/ã deve preencher um formulário padrão, disponibilizado pela CET, referente a descrição cirúrgica.

Quanto às descrições cirúrgicas, elas contêm informações como a data e local onde a cirurgia foi realizada; nome do doador; data do óbito por morte encefálica; horário; tipo sanguíneo ABO; sorologia; hora de início da cirurgia; hora do clampeamento da aorta; hora do término da cirurgia. Logo abaixo do cabeçalho é possível observar a seguinte orientação da CET: “Obs.: Ao identificar a viabilidade dos órgãos, comunicar imediatamente o Plantão da CET/PR e realizar o registro através de fotos/ áudios via *WhatsApp*”.

Para cada órgão existem algumas informações a serem descritas, bem como a observância de condições que possam comprometer a viabilidade do órgão. Os órgãos são divididos por regiões: tórax (coração e pulmão); abdome/retroperitônio (fígado, pâncreas, rim [direito/ esquerdo]); relatório de retirada de tecidos; relatório de retirada de tecidos oculares; relatório de retirada de coração para valvas; relatório de retiradas de tecido musculoesqueléticos; e, relatório de retirada de pele.

Assinam pelo Serviço que realizou a retirada, o primeiro e segundo cirurgião, informando seu registro no Conselho Regional de Medicina e número de contato telefônico. Ao final deste relatório, constam informações sobre a entrega do corpo para a família: horário; responsável entrega; responsável recebimento; e, assinaturas. Esse

é um documento de preenchimento obrigatório, faz parte do PME, que depois de finalizado, é arquivado pelas CIHDOTTs. Assim, encerram-se os registros referentes ao Processo de Remoção de órgãos e/ou tecidos.

No Quadro 9, pode-se observar o número de cirurgias de remoção de órgãos realizadas pelas equipes EROTTs, para fígado e rins, realizadas nos anos de 2020, 2021 e meados de 2022, ano em que se deu a coleta de dados para a pesquisa. A coleta de dados ocorreu em junho de 2022 no Hospital A, e em agosto de 2022, no Hospital B. Com isso, os dados apresentados com referência ao ano de 2022, correspondem somente a subtotais até o final da etapa de coleta de dados, não representando a totalidade realizada por essas equipes durante o ano de 2022.

QUADRO 9 – ATIVIDADES DAS EROTTs - NÚMERO DE CAPTAÇÕES E DE TRANSPLANTES REALIZADOS NO PERÍODO DE 2020 A 2022

Captações	2020	2021	2022	Transplante Renal	Transplante Hepático
Hospital A	83	46	30/ até o mês de junho	57	156
Hospital B	11	31	27/ até mês de agosto	32	63

FONTE: a Autora (2023).

O acesso aos processos burocráticos permite ter uma noção do cotidiano dessas equipes e suas dinâmicas de trabalho, possibilitando assim, a compreensão das etapas do Processo Doação - Transplante.

5.2 DAS ENTREVISTAS

A transcrição do conteúdo das entrevistas de áudio para texto foi realizada utilizando da norma culta da língua portuguesa, eliminando vícios, repetições desnecessárias, mantendo total fidelidade ao conteúdo da entrevista, tornando assim a leitura mais fluida. As transcrições do total de entrevistas, resultaram em 293 páginas. Com um cuidado ético, para fins de resguardar a identidade dos/as participantes, bem como das Instituições Hospitalares, também nas transcrições, os nomes de participantes, das Instituições, cidades, foi substituído por letras do alfabeto, sendo: (C) para participantes integrantes das CIHDOTTs e (E) para participantes integrantes das EROTTs, A e B para os Hospitais, e cidades X, Y, Z.

Foi possível montar quadros com os temas abordados nas entrevistas e as principais referências relatadas por participantes. Para essa classificação, não foram utilizadas ferramentas eletrônicas para filtragem de dados, estes foram identificados por leitura das transcrições identificando e destacando as referências que tinham maior relevância para os/as participantes e aquelas que se repetiam. Seguindo o proposto nesse levantamento, estão apresentados os Quadros 10 e 11, distribuídos conforme a diferenciação por tipo de equipes, CIHDOTTS e EROTTs.

QUADRO 10 – TEMAS E REFERÊNCIA DE PARTICIPANTES DAS CIHDOTTS

Temas abordados	Principais Referências dos participantes
Tema 1 Condições estruturais	Constituição de equipe
	Formação dos participantes
	Regime de Trabalho: Plantão/ carga horária
Tema 2 Demandas do Serviço	Identificação do potencial doador
	Acompanhamento Protocolo de Morte Encefálica
	Articulação com a Central de Transplante
	Suporte a família
Tema 3 Interação com a família do potencial doador	Acolhimento familiar
	Comunicação do Diagnóstico de Morte Encefálica
	Entrevista familiar
	Processo de Doação
Tema 4 Desafios e Tensões	Valorização e reconhecimento profissional
	Comunicação com equipe de assistência
	Capacitação dos profissionais de saúde
	Interações com a família

FONTE: a Autora (2023).

Tema 1 – Condições Estruturais: as principais referências relatadas por participantes foram relativas a como as equipes são constituídas, a formação dos participantes, e como é o regime de trabalho, como: a carga horária, o regime de sobreaviso, as questões referentes às tensões que a prontidão para atender ao chamado de trabalho traz para vida profissional e pessoal.

Tema 2 – Demandas do Serviço: esse tema abrange as atividades desenvolvidas por participantes na Comissão, como a realização da Busca Ativa por potenciais doadores, que compreende a identificação dos pacientes que preenchem os critérios de gravidade para abertura do PME, dentro do hospital, assim como o

acompanhamento do PME, a investigação por meio de exames clínicos e de imagem, para o diagnóstico de morte encefálica. Outro ponto é a Articulação com a Central de Transplantes, realizada por integrantes dessa Comissão, e o contato com a OPO. Bem, como, o suporte que a equipe oferece às famílias de potenciais doadores, desde a entrada no hospital, acompanhamento durante a realização do PME, a entrevista para a doação, o acompanhamento à família até o final do processo, que é a entrega do corpo para a família.

Tema 3 – Interação com a família do potencial doador: compreende todo o trabalho da CIHDOTT com familiares de potenciais doadores. Como o Acolhimento Familiar, que se refere a: receber a família, desde a entrada no hospital devido a gravidade do quadro de seu familiar e acompanhar as necessidades que possa apresentar durante o processo de internamento; acompanhar o processo de Comunicação do Diagnóstico de Morte Encefálica, após a realização do PME, esta comunicação é realizada pelo/a médico/a, geralmente, da UTI e acompanhada pelos/as profissionais das CIHDOTTs, que realizam a Entrevista Familiar, que ocorre após a declaração da morte, onde é colocado à família a possibilidade de doar órgãos e/ou tecidos. O acompanhamento da Comissão à família, se dá durante todo o processo de internação, caso tenha a doação, dando suporte à família, durante sua permanência no hospital, até a entrega do corpo para a família, e/ou encaminhamento para o Instituto Médico Legal, em se tratando de morte violenta.

Tema 4 – Desafios e Tensões: neste tema, foram abordados as condições que participantes elegem como geradoras de tensão como: a Valorização e Reconhecimento Profissional, que diz respeito como participantes se sentem ao atuar nesse tipo de trabalho; a Comunicação com a Equipe de Assistência, corresponde às dificuldades de comunicação com demais profissionais da área da saúde no hospital, sobre a qualificação profissional necessária para desempenharem suas atividades; e as Interações com a Família, ou seja, todas as condições envolvidas no contato da CIHDOTT com a família de potencial doador, incluindo reuniões, explicações, acompanhamento; e, conflitos éticos, questões levantadas por participantes.

No Quadro 11, estão relacionados os temas abordados nas entrevistas com participantes integrantes das EROTTs, e as principais referências relatadas.

QUADRO 11 – TEMAS E REFERÊNCIAS DE PARTICIPANTES DAS EROTTs

Tema 1 Condições Estruturais	Tema 2 Sentimentos e Emoções	Tema 3 Morte
Formação da equipe Acionamento e deslocamento para a atividade Qualificação profissional Autonomia da equipe Sobreaviso	Frieza, indiferença, proteção Ambiguidade em relação ao conceito de morte/ estranhamento Respeito, reverência, cuidado	Morte Morte encefálica Remoção de órgãos e/ou tecidos Transplantes
Tema 4 O doador	Tema 5 Desafios e Tensões	
O corpo morto O cadáver	Conflito ético Confiança no Protocolo de Morte Encefálica Conflito da posição ocupada e a ação realizada	

FONTE: a Autora (2023).

Importa destacar que quanto aos temas abordados nas entrevistas, seguindo o roteiro, existem semelhanças e distinções, no tocante às atividades das CIHDOTTs, como a interação com a família, e para as EROTTs quanto a sentimentos e emoções, e as questões da cirurgia de remoção dos órgãos no corpo morto. Foram abordados os seguintes temas para as EROTTs:

Tema 1 – Condições Estruturais: permitiu identificar como as EROTTs foram constituídas nos Serviços de Transplantes de Órgãos e Tecidos dos hospitais; qual a qualificação profissional dos/as participantes para esta atividade; como participantes são acionados/as para fazer a cirurgia de remoção de órgãos; e, como se dá a logística de todo esse processo. Também, foram referidas condições de autonomia da equipe no tocante ao aceite do órgão para captação, e impactos da organização para estar sempre em sobreaviso, que é o tempo em que o/a profissional fica à disposição dos Serviços de Transplantes.

Tema 2 – Sentimentos e Emoções: sobre aspectos emocionais envolvidos no processo de trabalho, referidos. Como frieza, Indiferença, Proteção; Sensação de Estranhamento quanto à intervenção no corpo morto; Ambiguidade em relação ao conceito de morte encefálica; e, questões relacionadas ao morto como Respeito, Reverência, Cuidado na intervenção.

Tema 3 – A Morte: a morte; a morte encefálica e sobre a Remoção de órgãos e/ou tecidos para Transplantes; sobre o diagnóstico de morte encefálica e a cirurgia de remoção de órgãos e/ou tecidos; e, os transplantes.

Tema 4 – O Doador: condições enfrentadas por participantes no momento da cirurgia de remoção dos órgãos e/ou tecidos, diante do Corpo Morto, há declaração do óbito e a autorização para doar órgãos assinada pela família, porém, o/a paciente é mantido com os parâmetros dos órgãos e/ou tecidos em condições compatíveis com “vida” para doação de órgãos sólidos, como fígado e rim, entre outros. E, diante do Cadáver, o morto após o momento em que é realizado o clampeamento, fechamento da artéria onde circula o sangue e é injetado o líquido de preservação de órgãos.

Tema 5 – Desafios e Tensões: contempla-se as principais dificuldades relatadas no tocante ao processo de “remoção de órgãos”, como: Confiança no PME, considerando-se o Conflito entre a teoria e a prática; a posição ocupada e a ação realizada, refere-se à atividade de cirurgião e/ou do enfermeiro e a atividade específica da captação de órgãos; Processo de Remoção de órgãos e/ou tecidos, relatos das tensões enfrentadas no processo técnico da “cirurgia de remoção de órgãos”, desde condições técnicas da própria cirurgia, acondicionamento dos órgãos, logística, até as interações com a equipe.

Assim, após essa primeira etapa de leitura minuciosa do material das entrevistas, documentos e observações do campo, foi possível ter um panorama geral do mapa da pesquisa. Este mapa é referido por Minayo (2014, p. 356) como “mapa horizontal de suas descobertas de campo”.

O mapa da pesquisa mostrou o alcance dos instrumentos e seus limites, a partir deste ponto, buscou-se construir um caminho de análise. Com um conteúdo abundante de dados coletados se apresenta, inicialmente, o conjunto de dados sociodemográficos dos/as participantes da pesquisa, para só então seguir para os conjuntos de dados que vão delinear os enquadramentos feitos pelos atores sociais do Processo Doação – Transplante; tal qual a proposta da Análise dos Quadros da Experiência Social de Goffman (2012).

6 ANÁLISE DOS QUADROS SOCIAIS

6.1 OS ATORES

O primeiro conjunto de dados apresenta o perfil sociodemográfico dos/as participantes, no total de 25, desses 52% são do gênero masculino e 42% do gênero feminino. O maior número de participantes do gênero masculino foi de integrantes das EROTTs, no total de médicos/as cirurgiões/ãs transplantadores.

Um levantamento do Colégio Brasileiro de Cirurgia, revelam que as mulheres representam apenas 21,7% de profissionais da cirurgia geral, mostrando a desigualdade de gênero no bloco cirúrgico (Mendonça, 2022). Observou-se também que da Medicina Intensiva, não havia representante do gênero feminino dentre os/as participantes da pesquisa.

Tem-se em relação aos dados levantados das equipes CIHDOTTs, quanto à condição de gênero, a prevalência do gênero feminino. Esta prevalência, deve-se às áreas da Enfermagem, Psicologia e Serviço Social. O processo histórico de construção do trabalho feminino e, conseqüentemente, no número de trabalhadores/as disponíveis para o mercado de trabalho, vem crescendo³⁰:

a proporção de trabalhadores em ocupações por tempo parcial (até 30 horas semanais) é maior entre as mulheres (28,2%) do que entre os homens (14,1%). Isso pode estar relacionado à predominância feminina nos cuidados de pessoas e afazeres domésticos, aos quais as mulheres trabalhadoras dedicavam 73% mais horas do que os homens (Brasil, 2018b, *on-line*).

Participantes da pesquisa que atuam nas CIHDOTTs, compõem o seguinte quadro: médicos/as intensivistas (16,66%), enfermeiros/as (41,66%), psicólogos/as (25%), e assistentes sociais (16,66%). Quanto ao gênero, 33,33% são do gênero masculino e 66,66% são do feminino; quanto ao estado civil, 50% são casados/as, 25% são solteiros/as e 25% são divorciados/as; e, 16,66% não têm filhos/as, 33,33% têm um/a filho/a, e 50% referiram ter dois/duas filhos/as.

³⁰ O IBGE compilou informações de suas pesquisas e de fontes externas para elaborar as Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil. Esses indicadores estão agrupados em cinco temas: estruturas econômicas, participação em atividades produtivas e acesso a recursos; educação; saúde e serviços relacionados; vida pública e tomada de decisão; e direitos humanos das mulheres e meninas (Brasil, 2018b).

Quanto à religiosidade, a totalidade de participantes integrantes das CIHDOTTs referiu professar uma religião, a maioria referiu ao Cristianismo — cinco católicos/as (41.66%), quatro (33.33%) evangélicos/as —, um (8,33%) referiu ser cristão/ã, não definindo uma denominação específica, um/a (8,33%) referiu ser católico/a e espírita, e um/a outro/a (8,33%) referiu ser católico/a e da Umbanda.

A idade dos/as participantes integrantes das CIHDOTTs varia entre 30 e 40 anos (50%), entre 41 e 50 anos (25%), entre 51 e 60 anos (16,66) e mais de 60 anos (8,33%). Ou seja, observa-se uma predominância entre 30 e 40 anos, seguida pela faixa etária dos 41 a 50 anos, o que denota que são profissionais com “maturidade profissional”.

Sendo que estão em maior número nas CIHDOTTs os/as profissionais enfermeiros/as, tomou-se como referência as fases que caracterizam a vida destes/as profissionais, conforme Machado (2017, p. 11) que as classifica como: “início da vida profissional” (até 25 anos de idade); “formação profissional” (26-35 anos); “maturidade profissional” (36-50 anos); “desaceleração profissional” (51-60 anos); e, “aposentadoria” (acima de 65 anos).

Quanto ao tempo de graduação, observou-se que dos/as médicos/as 50% possuem entre 10 e 20 anos, e 50% entre 21 e 30 anos. Dos/as enfermeiros/as observou-se que 20% têm entre cinco e 10 anos, 40% têm entre 11 e 20 anos, e 40% entre 21 e 30 anos de graduação. Dos/as psicólogos/as, 66,65% têm entre cinco e 10 anos de graduação e 33,33% têm entre 21 e 25 anos. Dos/as assistentes sociais, 100% têm entre 10 e 15 anos de graduação.

Ainda, quanto à formação complementar, dos/as médicos/as intensivistas, 100% referiram ter Residência Médica, 50% possuem Mestrado. Dos/as enfermeiros/as, 40% são Especialistas. Dos/as psicólogos/as, 33,33% são Especialistas, 33,33% buscaram Cursos de Curta Duração. Dos/as assistentes sociais, a referência foi a Cursos de Curta Duração.

Observa-se que o tempo mínimo de graduação foi de 10 a 20 anos e de 21 a 30 anos, o que denota experiência na área de formação. Nessas áreas, não foram identificados/as profissionais no início da vida profissional.

Quanto à renda aproximada, médicos/as intensivistas informaram renda de até 40 mil reais. Dos/as enfermeiros/as, 20%, referem renda de até quatro mil reais, 20% entre quatro e cinco mil reais, 20% de cinco a seis mil reais, 20% de seis a sete

mil reais e 20% renda superior a sete mil reais. Entre psicólogos/as, 66,66% referem a renda de até quatro mil reais e 33,33 entre cinco e seis mil reais. Dos/as assistentes sociais, 50% referem renda de até quatro mil reais e 50% de quatro a cinco mil reais.

Quanto ao tempo de graduação, observou-se que a maioria dos/as participantes têm tempo superior a 10 anos, o que faz pensar que é um tempo significativo de experiência; o tempo de trabalho em uma área específica, pode favorecer uma maior segurança de profissionais nos processos de trabalho, devido ao próprio tempo de atividade.

Outro dado relevante, foi com relação à renda, observa-se que participantes integrantes das equipes de assistência, Enfermagem, Psicologia e Serviço Social, mantêm-se com salários compatíveis ao piso salarial mínimo das categorias. A profissionais médicos/as, a Federação Nacional dos Médicos, em 2022, recomendava um salário de 17.742,78 para uma jornada de 20 horas/semanais. Quanto à Medicina Intensiva, está entre as especialidades médicas mais bem remuneradas no Brasil (FENAM, 2022, *on-line*).

Dos dados sociodemográficos dos/as participantes integrantes das EROTTs, quanto à idade, 15,38% têm entre 25 e 30 anos, 61,53% têm entre 31 e 40 anos, e 23,07% têm entre 41 e 50 anos. Da amostra, 69,23% são do gênero masculino e 30,76% do gênero feminino; quanto ao estado civil, 69,23% são casados/as, e 30,7% solteiros/as. Do número de participantes, 30,76% não têm filhos/as, 15,38% declararam ter um/a filho/a, e 53,84% declararam ter dois/duas filhos/as. Sobre a religiosidade, a totalidade referiu professar uma mesma religião, a cristã: um/a evangélico/a (7,69%), dez católicos/as (76,92%), e dois/duas não definiram uma denominação cristã específica (15,38%).

Quanto à formação acadêmica, 69,23% são médicos/as e 30,77% são enfermeiros/as. Dos/as médicos/as, 100% possuem Residência Médica, 11,11% são Mestres, outros 22,22% fizeram formações fora do Brasil. Quanto ao tempo de graduação, de cinco a 10 anos são 33,33% dos/as participantes, entre 11 e 20 anos são 55,55%, e de 21 a 30 anos são 11,11%.

Enfermeiros/as representam 30,76% dos/as integrantes das EROTTs, o tempo de graduação de 50% é de cinco a 10 anos, 25% de 11 a 20 anos, 25% de 21 a 30 anos. Do total, 40% são Especialistas; quanto à renda aproximada, 50% têm renda de até quatro mil reais e 50% entre quatro e cinco mil reais.

Observa-se quanto à experiência profissional, que participantes médicos/as das EROTTs, possuem de 11 a 20 anos de graduados/as, denotando um longo caminho profissional. Todos/as os/as médicos/as fizeram Residência em Cirurgia Geral, e, nas especialidades em que atuam, mais de 20% fizeram formação fora do Brasil em Transplantes e áreas correlacionadas.

Alguns/algumas participantes médicos/as, atuam como docentes de Medicina, e fazem preceptoria de Residência em Medicina. Nas entrevistas, todos/as os/as participantes médicos/as referiram sua longa experiência em cirurgias dos Transplantes e de cirurgias de remoção de órgãos.

A maioria dos/as cirurgiões/ãs preferiu não responder sobre a sua renda, contudo, referem que seus ganhos dependem do número de cirurgias de remoção de órgãos e transplantes realizados, e de outras atividades que desempenham, como atividades particulares de consultórios, outras cirurgias de sua especialidade, docência, compondo sua renda.

6.2 ATOS E CENAS

Uma peça teatral, divide-se em Atos e Cenas. A constituição dos Atos se dá por cenas que são interligadas por temas, e as cenas constituídas pelos personagens em ação, suas representações. Utilizando-se dessa metáfora conforme a proposta metodológica de Goffman (2012), apresenta-se as experiências dos atores sociais do Processo Doação-Transplante, utilizando das fontes de dados com maior expressividade que são as entrevistas, e complementando com as observações e dados dos documentos.

A forma com que indivíduos se relacionam com o mundo, a partir do qual têm a consciência de suas ações, se dá por meio da Percepção, que é o enquadramento que cada indivíduo faz dos fatos. O enquadramento dado pelos atores sociais das CIHDOTTs e EROTTs para as faixas de atividades do Processo Doação - Transplante, evidencia os papéis que ocupam nessas equipes e possíveis tensões que identificam no seu cotidiano.

Durante a análise de quadros, a atenção está voltada para a percepção do que está ocorrendo em uma determinada “situação”, que acontece de formas diferentes para os atores, pois a percepção é de cada indivíduo, determinando assim

respostas e consequências distintas, a depender do enquadramento que realizam da faixa de atividade.

O panorama evidenciado na coleta de dados, mostra as faixas de atividades enquadradas pelos atores, que por sua vez, constituem as etapas do Processo Doação - Transplante. Um processo que inicia a partir da morte, com a identificação do/a potencial doador com morte encefálica, transcorre com a etapa de doação e remoção de órgãos, e culmina com o Transplante, propriamente dito. Por essa razão, essas etapas do processo/faixas de atividade, são então denominadas nesse trabalho como os “Atos” da peça teatralizada.

Segundo Goffman (2012), a faixa não reflete uma divisão, nem dos/as participantes da pesquisa, nem que executam a pesquisa. Faixa é um termo usado pelo autor, para apresentar um conjunto de ocorrências, que interessam para a análise e, nesse sentido, seguir o fluxo de análise utilizando das etapas do processo vivenciados pelos atores sociais, parece pertinente. Assim, os enquadramentos realizados pelos atores para as faixas de atividades, formam um conjunto de percepções sobre os temas da morte, da doação de órgãos e dos transplantes.

As expressões de pensamentos, valores, e experiências dos atores e que são retomados por meio da memória de eventos, de certa forma organizaram essas experiências. Essa é uma das propostas da análise de quadros proposta por Goffman (2012): compreender como os atores organizam suas experiências.

Destaca Nunes (1993) que toda produção de informação é uma forma em que se processa a experiência e, por isso, podem ser reenquadradas. Interpretando a Análise de Quadros Sociais de Goffman (1986, p. 502-506) referente as “*edited replays*”, ou seja, no caso de edição, descreve Nunes (1993, p. 40):

no caso do Sociólogo, esse reenquadramento, passa pela transformação da experiência do terreno e dos seus registros em conhecimento Sociológico, comunicável e Transmissível. Esta questão assume uma relevância particular quando o Sociólogo, lida com situações envolvendo a produção de ‘*edited replays*’, de relatos, narrativas ou descrição que os atores constroem sobre suas experiências passadas ou sobre acontecimentos ou processos sobre os quais possuem um conhecimento indireto. Esses acontecimentos ou processos e os ‘*edited replays*’ que o tomem como objeto, são assim, separados por uma ou mais laminações.

Essa condição de análise, especialmente foi utilizada na pesquisa, uma vez que não foi possível realizarmos a observação direta do fenômeno das interações,

apesar de não ser a primeira escolha na Análise de Quadros, é possível obter pelas memórias de eventos, as experiências que se buscou compreender.

As faixas de atividades identificadas no Processo Doação - Transplante foram dispostas em três categorias de análise que foram nominadas de Atos, estes são constituídos de Cenas com temas que estão interligados, dessa forma, estão dispostos como subcategorias de análise desse trabalho. O Quadro 12 mostra a categorização.

QUADRO 12 - ATOS E CENAS

Atos (categorias)	Cenas (subcategorias)
 <u>1º Ato</u> A morte	1. O que é a morte? 2. Está morto? 3. O corpo morto ou o cadáver?
 <u>2º Ato</u> A Doação de órgãos	1. A morte e a significação da vida 2. Uma dádiva moderna?
 <u>3º Ato</u> O Transplante	1. A técnica 2. A rotina

FONTE: a Autora (2024).

A perspectiva da Análise de Quadros de Goffman (2012) é situacional, importando a atenção dada pelos atores à determinada ação. Primeiramente, traz-se uma perspectiva a ser considerada, a de que todos/as os/as participantes foram informados/as sobre o que estava acontecendo, que faziam parte de uma pesquisa, que concederiam uma entrevista, respondendo perguntas sobre temas relacionados ao Processo Doação - Transplante e suas atividades.

Com a representação de Atos e Cenas, desta peça teatralizada, propõe-se o primeiro Ato com o tema: A morte.

6.2.1 1º Ato: A morte

Cena 1- O que é a morte?

Observa-se que os significados atribuídos por participantes para a morte, ultrapassam em certa medida, o conceito, a palavra, são carregados de sentido e

significados. Ferdinand Saussure ([1916]2000, p. 81) que discorre sobre a natureza do signo linguístico, denomina o que para ele são o significado e o significante, “conservando o termo signo para designar o total, e a substituir conceito e imagem acústica respectivamente por significado e significante”.

As observações, para além do conteúdo expresso nas entrevistas, dão diferentes conotações para a morte. Essas tonalizações, conforme Goffman(2012), são atribuições de diferentes camadas de significados. As pausas na comunicação, a expressão facial, o tom da voz, o embargo da voz ao recordar uma determinada situação, a exemplo dos registros observacionais da pesquisa, denotam “fachadas”.

A morte é a faixa de atividade analisada no primeiro Ato, trata-se de um esquema primário, que vai sofrendo transformações. Algumas camadas de significados, ou tonalizações, feitas pelos atores sociais, parecem estar relacionadas a visão de ser humano, conforme o descrito pelo filósofo Leloup (2012) e apresentado na revisão da literatura.

Conforme apresenta Leloup (2012), existem diferentes visões do ser humano, que podem ser identificados no mundo moderno. São elas, a visão: de que o ser humano é apenas um corpo; a de que o corpo possui uma animação; e, a de que o ser humano é composto por alma, corpo e mente; e, ainda, a visão que liga todos esses elementos, corpo, alma e mente.

Dessas visões, Leloup (2012) apresenta algumas formas como o ser humano lida com a morte, que pode ser vista como o fim da vida, ou como uma passagem; ou ainda como o fim de uma ilusão. Essas formas estão de alguma forma enraizada em alguma tradição como é possível verificar nos exemplos trazidos pelo autor, como: compreender a morte como “o fim da vida”, enraizada em uma tradição humanista, atea e retomada pelos filósofos das Luzes, significando o término do funcionamento biopsíquico ou neurofisiológico.

É possível perceber nos dados da pesquisa, essas visões do ser humano para a morte, como nos relatos:

Esta vida que nós temos aqui, ela é finita, e vai existir um momento, que... vai ser o meu *start* de finitude, eu começo a caminhar, pra uma finitude, então, a partir do momento que a gente nasce, a gente tem essa certeza, é clichê, mas assim, é a certeza da morte, ela vai vir, e quando.. isso não nos é dado conhecimento, e melhor que seja assim... mas o fim dessa vida, aqui nesse mundo, ela é uma realidade pra todo mundo, e eu vejo isso como uma forma natural, e... não que eu desejo a morte! (C5).

Eu acho que as pessoas, nossa sociedade latino-americana, acho que tem uma percepção de morte um pouco diferente das sociedades que não são latinas. O latino é muito mais emocional, mais passional com relação a vida e em relação a presença física da pessoa ali, talvez muito, não sei se tem a ver com religião, mas sinto assim como um processo doença assim (E2).

Na visão da morte como uma “passagem” inspirada nas Tradições Monoteístas, onde “o sofrimento, a doença, a morte são lugares de passagem”, seriam como tempos de provas, dando sentido ao que se vive. Também na tradição judaico-cristã, a morte é considerada como uma passagem. É, aliás, a significação da palavra “páscoa” (Leloup, 2012, p. 33).³¹

Nessa perspectiva, a morte seria alcançar um estado de consciência diferente, um lugar não condicionado pelo espaço-tempo, como “a vida eterna”. Essa passagem deve ser feita com respeito e confiança na certeza de que apesar da dor e do sofrimento, “ele é capaz de efetuar uma “passagem” através e não ao lado dessa dor e sofrimento” (Leloup, 2012, p. 33). As percepções são referidas da seguinte forma:

A minha percepção em relação à morte, ou a minha abstração em relação a morte, é que ela seja.. uma passagem, né, ela é, na verdade aqui, ela denota, uma finitude aqui, mas que de algum modo, abre, uma passagem para a eternidade. Eu percebo que, a gente não deve temer essa morte, ela tá dentro do nosso processo de vida. Tá dentro da caminhada de todos nós. E de algum modo eu não preciso, ansiar pela morte, ou também não preciso me preocupar em retardá-la, né, por quê? Porque ela vem, de uma maneira tão natural, que pode ser que, saíamos daqui hoje, eu já encontro, ou já encontra o meu momento de passagem, né, qualquer um de nós (C12).

Pra mim, a morte é uma passagem. Tá, eu acredito, dentro da minha crença, da minha espiritualidade, que ainda não acaba aqui. Dentro da minha espiritualidade, eu vejo a morte como aquilo que vai me levar para a eternidade..., eu nasci pra eternidade, aí algo falando de religião, o pecado, as coisas de Deus, eu tô nesse mundo, e a morte é que vai fazer eu voltar pra minha eternidade (C11).

A minha percepção de morte, envolvendo tudo isso que eu acredito é uma passagem ali... pra um outro, meio que cumpriu a tarefa aqui, vai pra um outro estado, uma outra, continuar a vida de uma forma diferente, não sei qual é, mas... (E3).

É uma passagem! Dessa vida nossa aqui na terra, que a gente tem o seu caminho, seu trajeto, você está indo pro um outro lugar, sem retorno, mas eu acho... acredito que é um lugar, de esperança, bem melhor, bem mais tranquilo (E10).

³¹ A palavra “páscoa” vem do hebraico *pessah* que significa passagem, salto para além. Cf. a “passagem” do Mar Vermelho (Leloup, 2012, p. 33).

A visão de que a morte é o “fim de uma ilusão” é comum às tradições budistas, mas, também, pode ser encontrada na tradição hebraica, sendo uma libertação do sofrimento. Nesse contexto, segundo Leloup (2012, p. 34), a morte e o sofrimento são considerados ilusórios, é relativo ao chamado o “eu” ou o “ego”, e esses são “apenas um acervo de impressões, de memórias que não têm existência própria”.

Entende-se a morte como um momento abençoado, sagrado, porque é o momento de entrar em um outro espaço, ilimitado. Momento em que a Realidade é por fim, revelada: “não refere-se [sic] aqui a fugir do sofrimento, mas a encará-lo e passar através dele”³² (Leloup, 2012, p. 34). Nas percepções aparece assim:

Minha concepção é um descanso, um descanso, dentro do que se a gente for pensar em algumas doenças, ou de algumas formas que vem parar aqui no hospital, grave. Eu acredito num descanso desse corpo, algo assim que, a gente pare de sofrer, porque é muito, você vai ver assim, algumas doenças, é muito sofrimento, então acredito ser um descanso, da nossa matéria, e que a gente, esteja ainda algo, melhor pra gente (C3).

Entre as diferentes atitudes diante da morte, também é destacado pelo autor, aqueles que não professam uma religião, e relativiza o benefício creditado às religiões nesse ponto, reforçando mais a própria condição humana. No universo pesquisado, a totalidade de participantes professa uma religião, são majoritariamente cristãos/ãs.

Entende-se que o conceito de morte não é somente científico, seguindo o que apresenta Lamb (2001), inclui a necessidade de uma visão ética, cultural, pois, é influenciada por critérios religiosos, legais ou políticos. A visão biológica ganha maior expressão no contexto desta pesquisa, a morte encefálica, a morte declarada, a partir da qual inicia-se o Processo Doação - Transplante.

A morte pode ser compreendida dentro da visão biológica, como um processo:

inicia-se quando um ou mais órgãos vitais para de funcionar e acaba quando todo o organismo se decompõe, quando cada uma das células do corpo sofre putrefação. Na prática, a moral e lei exigem que a morte seja definida como evento, o que indica o instante para iniciar a conduta apropriada em relação ao falecido (Lamb, 2001, p. 45).

³² “Essa atitude apoia-se nas quatro nobres verdades pronunciadas por Buda, durante o Sermão de Benares. A primeira, *Dukka*, lembra-nos que tudo é impermanência. Tudo o que é composto deve ser decomposto. A sabedoria não está em lamentar-se dessa impermanência, mas aceitá-la. A segunda, *Tanha*, mostra qual é a causa de nossos sofrimentos: o apego. Buda convida-nos a desapegar-nos de alguma forma, a viver com nossas feridas narcísicas. Na terceira, *Nirvana*, diz-nos que, no âmago do criado, existe uma realidade não criada, a *clara luz* que todos os homens verão no momento da morte. A quarta nobre verdade, o *Caminho óctuplo da santidade*, convida-nos a ajustar-nos ao que é” (Leloup, 2012, p. 34-35).

Ao pensar o cotidiano dos atores sociais do Processo Doação-Transplante, tendo a morte dentro de suas atividades profissionais, poderia haver mudanças nas tonalizações para a morte, a partir da proximidade com o fenômeno? Observou-se a partir das experiências, as seguintes laminações, referente a exposição à morte, atribuindo-lhe camadas de significados:

A gente lidar com isso muda a sua cabeça. Principalmente, por você, aquilo que eu falei, a gente já tá legalmente lidando com um morto, né? Hoje em dia tenho uma visão bem diferente da morte do que eu tinha talvez há 15 anos atrás, antes de tudo isso (E1).

A percepção, de valor que a gente dá mais pra vida, e tudo, acredito que a gente, se apegando muito a pacientes, e quando, a gente começa a trabalhar na CIH DOTT, isso aqui é uma matéria, a gente não pode se apegar a essa matéria, né, isso aqui, é só o que Deus nos emprestou, pra gente passar nessa vida, aqui, nesse momento, as coisas que a gente tem que passar, viver, os propósitos, que eu vou fazer, isso aqui, uma hora a gente vai acabar, então porque não ajudar o próximo (C3).

Com certeza! Em todos os aspectos! desde a abordagem, a gente fala o que é a morte, a morte enquanto você está nesse processo, vivenciando a família, adoece em todo esse período junto. Então esse período a gente, não pode levar só em consideração, o paciente, mas o cuidado, dessa família, e daí a gente vivenciar isso, nossa! É um despertar gigantesco! Na nossa vivência, no nosso dia a dia, nos valores, então com certeza, é uma lição de vida, disso aqui, diário (C9).

Então, eu acho que eu comecei a lidar, com a perda, de uma forma um pouco mais leve. Consegui absorver daquela pessoa que estou ajudando né, coisas boas, né, e de me sentir honrada de ter participado (C10).

Sim trouxe, de um modo, me possibilitou, digamos que me possibilitou, vivenciar, algo que eu estava, tendo acesso como conhecimento, via literatura (C12).

Segundo Chauí (2000, p. 155), a percepção, envolve a vida social, significando as coisas percebidas, e os valores decorrem da sociedade e do modo como as coisas nela recebem “sentido, valor ou função”. Observa-se que as experiências do cotidiano, lidando com a morte, trouxeram aos(às) participantes, transformações, e a partir dessas, passaram a significar também a vida. Nesse sentido poderia a morte, ser uma boa “conselheira”?

O psicanalista, educador e escritor Rubem Alves (1991, p. 11-15), faz uma reflexão nesse sentido:

Não, não, a Morte não é algo que nos espera no fim. É companheira silenciosa que fala com voz branda, sem querer nos aterrorizar, dizendo sempre a verdade e nos convidando à sabedoria de viver. O que ela diz? Coisas assim:

‘Bonito o crepúsculo, não? Veja as cores, como são lindas e efêmeras ...Não se repetirão jamais. E não há formas de segurá-las. Inútil tirar uma foto. A foto será sempre a memória de algo que deixou de ser... E esta tristeza que a beleza dá? Talvez porque você seja como o crepúsculo ...É preciso viver o instante. Não é possível colocar a vida numa caderneta de poupança...’

‘Você sabe que horas são? Está ficando frio... E as cores do outono? Parece que o inverno está chegando...’

‘O que é que você está esperando? Como se a vida ainda não tivesse começado... Como se você estivesse à espera de algum evento que vai marcar o início real da sua vida: formar, casar, criar os filhos, separar da mulher ou do marido, descobrir o verdadeiro amor, ficar rico, aposentar... Como se os seus instantes presentes fossem provisórios, preparatórios. Mas eles são a única coisa que existe...’

‘E esta música que você está dançando? É de sua autoria? Ou é Outro que toca, e você dança? Quem é este Outro? Lembre-se do que disse o poeta ‘Sou o intervalo entre o meu desejo e aquilo que os desejos dos outros fizeram de mim’. Mas, se você é isto, o intervalo, você já morreu... Acorde! Ressuscite!’

A branda fala da morte não nos aterroriza por nos falar da Morte. Ela nos aterroriza por nos falar da Vida. Na verdade, a Morte nunca fala sobre si mesma. Ela sempre nos fala sobre aquilo que estamos fazendo com a própria Vida, as perdas, os sonhos que não sonhamos os riscos que não tomamos (por medo), os suicídios lentos que perpetrados.

‘Lembra-te, antes que se rompa o fio de prata e se despedace o corpo de outro’, e que seja tarde demais.

Desde o filósofo estóico e imperador romano Marco Aurélio, em *Meditações* ([121-180]2005) refletia-se sobre a “transitoriedade da vida” e a “inevitabilidade da morte”, assim, se morresse hoje o que você pensaria sobre a vida que leva? Como observado no relato:

Isso vai chegar, pra todo mundo vai chegar daí ver o que você deixou, né. Não deixou nada pra ninguém, não deixou nada pra sociedade, deixou nada pra ninguém. Não conseguiu contribuir com nada, complicado (E9).

Esta cena deixa a seguinte reflexão: compreender a morte faz significar a vida? A interrupção do tempo da vida, pela morte, é reconhecida, temida, trazendo uma busca por um sentido e significado para dar conta em certa medida de uma angústia existencial.

Cena 2 - Está morto?

A morte de um indivíduo por critérios neurológicos definidos, desde que apresentada pela comunidade científica como um critério de morte, sempre despertou muitas discussões e reflexões éticas. Os fatos que antecedem a morte encefálica, podem influenciar na maneira como é percebida, em grande parte das ocorrências, trata-se de uma situação súbita, ou traumática, inesperada, levando à morte.

Das percepções e reações à morte, Kaplan, Sadock e Greb (1997, p. 85), afirmam que as reações dependem do contexto em que acontecem, podendo ser compreendida como oportuna ou inoportuna, ou seja:

a morte oportuna implica que o tempo esperado de vida e o período realmente vivido são aproximadamente iguais; essencialmente, a pessoa morre quando tal deveria previsivelmente ocorrer, e aqueles que devem suportar o luto não se surpreendem com a morte. A morte inoportuna refere-se a: 1) morte prematura de pessoa muito jovem; 2) morte súbita, inesperada; ou 3) morte catastrófica, associada com um acidente ou ato de violência, vista como algo totalmente absurdo.

As condições de morte inoportuna descritas por Kaplan, Sadock e Greb (1997), estão presentes nas condições que se encaminham para o diagnóstico de morte encefálica, como quadros de aneurismas que se rompem, acidente vascular cerebral, traumas, acidentes e violência.

Os critérios diagnósticos de morte encefálica, são constantemente aperfeiçoados, tendo sido implementados, trazendo maior segurança diagnóstica, contudo, ainda geram confusão com relação ao conceito. Segundo Lamb (2001, p. 35) “em parte por causa do uso de termos ambíguos como ‘morte cerebral’ e ‘coma irreversível’ e em parte porque “as pessoas confundem questões relativas à determinação da morte com outros problemas tangenciais relacionados”.

Se faz importante conhecer os critérios diagnósticos para morte encefálica, a fim de evitar confundir, com outras questões diagnósticas como:

(1) critérios para diagnósticos estados vegetativos, (2) questões concernentes à necessidade de órgãos para transplantes, (3) argumentos relativos ao custo/benefício da utilização de sistemas artificiais de sustentação da vida e (4) decisões para suspender a sustentação artificial da vida com vistas a facilitar várias formas de ‘permitir morrer’. O diagnóstico de morte encefálica nunca deve ser entremeado com preocupações sobre a qualidade de vida residual dos estados vegetativos (Lamb, 2001, p. 35).

Apesar do conhecimento técnico-científico sobre a morte, participantes integrantes das EROTTs apresentaram em suas narrativas, um certo estranhamento, ao referirem o conceito de morte encefálica:

A morte encefálica é uma coisa que te faz rever muito da questão morte. Que morreu ali, morreu! Acabou, caiu tá duro, é diferente daquela situação ali, que você sabe que não vai ter uma, voltar ter uma atividade, voltar, ter alguma coisa, voltar, mas tem corpo funcionando, ali. É vida? Não é? É mais até uma questão mais conceitual ...a morte encefálica, morte foi inventada, a gente inventou isso, foi alguém inventou! Não existe isso, né? A morte encefálica não existe! Não é uma coisa... que nem dinheiro, dinheiro não existe, a gente que inventou, é, é um conceito. Vejo um morto que tem um coração batendo, que tem um rim funcionando, que tem um fígado funcionando e é declarado morto! (E1).

O conceito de morte por um médico que trabalha nisso, você entende o conceito de morte cerebral por exemplo, que é um conceito difícil das pessoas entenderem, ah, mas como que morreu, e o coração tá funcionando, o rim tá funcionando, o fígado tá funcionando, então o conceito de morte cerebral, no início é confuso pro estudante de medicina, por exemplo, entender isso daí né?! ... E é obvio que é um negócio que já vem de muitos anos, se fala de morte cerebral a 70, 80 anos, então você..., é uma coisa bem sedimentada e tudo, né? Não é um negócio que você vá, digamos assim... duvidar (E8).

Participantes integrantes das CIHDOTTs também referem como é lidar com a família de um potencial doador de órgãos, como estes compreendem a morte encefálica. Cabe referir que a proposta desse estudo, não compreendia realizar entrevistas com familiares de potenciais doadores/as de órgãos e/ou tecidos, interessa saber como os atores desse processo relatam suas percepções:

Mas eu estou encostando nele, ele tá quentinho! Então, a gente tá mantendo ele com a medicação, tá mantendo ele com ventilação mecânica, então, por isso que tá se mantendo quentinho, o cérebro que comanda, ele tá, não tá respondendo mais, então... tem muitas vezes que ficam quentinho, porque mexe no centro regulador da temperatura, e as vezes começa a ficar hipotérmico, tudo mais, mais como, ele é doador, a gente tem que fazer pra deixar esse paciente aquecido ... então, pra diagnóstico, pra todo efeito: tá morto! Tá morto! Mas como ainda tem as máquinas, as medicações, muitas vezes, pra família ele ainda, alguns pensam: mas ele tá vivo! Ele tá batendo o coração, ele tá respirando, então a gente já tem que vir preparando a família, pra se caso vir a ser esse desfecho, da morte encefálica, eles vão tá bem mais cientes (C6).

A comunicação com a família de potencial doador, acontece em um momento permeado por sofrimento, essa interação, exige de profissionais que atuam nas CIHDOTTs, o desenvolvimento de uma comunicação assertiva. Conforme o relato:

É um momento assim que, eu levo como um desafio pessoal meu, de comunicação mesmo em si, eu não vou buscando sempre o sim da família, isso é muito da família, eu sempre busco a veracidade da coisa, sempre o

contexto global, ali, tudo, tento comunicar isso de uma maneira, mais clara possível, mais humana possível, é isso envolve muito entender os valores familiares, resolver os problemas mal resolvidos que eventualmente tem, tudo e é legal, que a abordagem começa desde dar as más notícias, até uma abordagem final, então quando eu chego na abordagem final, nos meus pacientes, eu já tenho o vínculo, desde o começo da doença, depois quando passa para o protocolo de morte, já começo abordar a gravidade de uma maneira, mais incisiva, eu já tenho mais ou menos a família entendendo, onde tenho que ir, onde tem tudo, então isso é enriquecedor do ponto de vista humano. Nem toda família, consigo fazer toda essa, esse diagnóstico de partir do problema, onde a gente consegue desenrolar, para dar certo a doação, mas a maioria graças a Deus eu consigo, é muito tempo dentro da UTI, né, e essa especialidade eu consigo ir resolvendo esses nós que vem trazendo, desenvolvendo, tentando resolver isso antes (C1).

Dentre os desafios apontados pelo/a participante, a comunicação como ferramenta interacional, ganha maior expressividade. Não trata somente da comunicação da notícia difícil da morte, mas da comunicação que se faz necessária estabelecer com a família, desde a entrada no hospital, ferramenta importante na interação com a família.

Para Goffman (2009) quando um indivíduo desempenha um papel, ele está de certa forma solicitando que observadores/as acreditem na impressão sustentada por este. E é na interação junto à família que atores, integrantes das CIHDOTTs, representam seus papéis no Processo Doação - Transplante.

Na sequência pode-se observar também os papéis desempenhados por atores, participantes integrantes das EROTTs, que são as equipes que realizam a remoção dos órgãos doados, ou seja, a intervenção cirúrgica no corpo morto. Esta é uma condição que diferencia esta cirurgia de outras cirurgias, fato amplamente referido por participantes nas entrevistas. Essa situação, segundo os atores sociais, ultrapassa as especificidades cirúrgicas, ao término de uma cirurgia, não se tem um/a paciente em recuperação, mas um cadáver. Observa-se na descrição da especificidade cirúrgica:

É uma cirurgia diferente, porque você, em um momento x da cirurgia, você induz uma perfusão, uma solução gelada que substitui o sangue, isso causa a parada cardiorrespiratória do paciente, no fim, na consequência final daquela perfusão e isso significa o final da vida, talvez, né! Então você pode entrar em todos os conceitos de vida e deixar se impressionar, porque querendo ou não aquele paciente já não tem mais vida, do ponto de vista técnico, porque já está em morte encefálica, né! Mas querendo ou não o momento da parada cardiorrespiratória é um momento assim... que eu entrei em uma primeira, segunda vez, é meio chocante assim, né, ele é... a gente se impressiona um pouco ali. É parou, o anestesista fala: Posso desligar? Peraí, eu tô com um paciente na mesa que eu tô mandando desligar o respirador, então quer dizer morreu, não tinha morrido antes. Então, isso cria até uma certa confusão na tua cabeça, ao mesmo tempo que isso passa num

lapso de segundo, porque o que você tem que fazer, você tem que coletar os órgãos ali da cavidade o mais rápido possível, pra mantê-los gelados, então tem alguns passos importantes da cirurgia, que você tem que obedecer a fim de que aquela cirurgia seja exitosa, e aí você pensa: tem que tirar esse rim o mais viável possível para quem for receber. Você não tem nessa hora o receptor lá na frente né, você pensa em fazer o melhor serviço ali, tal (E2).

A captação, bom ela tem uma peculiaridade, que você chega ali, o paciente tá vivo, e você sai da cirurgia o paciente tá morto! Então, não é uma coisa agradável! Assim, de fazer, assim, sabe, porque é uma cirurgia que vai terminar com o paciente morto, paciente tá vivo ali, né! É o cara que mata o paciente, entendeu! Você que vai lá fazer isso (E5).

É uma cirurgia diferente das outras! Ali, em geral as outras cirurgias, as vezes você vai lá salvar uma pessoa, salvar uma situação, ajudar numa situação, ok! Ali você tá finalizando uma pessoa, você tá finalizando! É a gente que vai lá, abre, e tá bom a gente vai abrir aqui, corta a cava e pode desligar os aparelhos. Então é uma decisão assim, que sou eu que estou tomando essa decisão? Não, alguém decidiu que ele ia doar, a família, ok, a gente tá fazendo o ato em si, mas isso é pesado! Ninguém perguntou, você realmente quer ir lá tirar isso? Entendeu? Não, você tá na escala de captação, faz parte da equipe, tem que ir lá e acabou, meio essa a conversa assim, sabe? (E7).

Quanto à ação de realizar a cirurgia no corpo morto, está posto a significação atribuída, que é a realização do transplante, pois, as EROTTs, são também as equipes que realizam transplantes — sem a doação de órgãos, sem a remoção dos órgãos doados, não há transplante.

Observa-se que o conceito de morte encefálica embora cientificamente aceito e legal, ainda é causa de estranhamento e uma questão se apresenta pelos relatos: Está vivo? O órgão está funcionando ou a pessoa está viva? Qual tensão se coloca neste momento para integrantes das EROTTs? Entre seu papel e sua ação? Como esses/as profissionais significam suas ações? Ser um/a profissional transplantador/a dá conta de significar essa ação?

Camadas de significados são atribuídas pelos atores/participantes, para a faixa de atividade da remoção de órgãos:

É uma cirurgia, que lida com a morte e não com a vida, a gente tá operando, um paciente tecnicamente morto, e não um paciente tecnicamente vivo, mas daí psicologicamente nós temos que pensar, que estamos operando um tecnicamente morto, para manter um paciente vivo, mais vivo. ... A gente tem que colocar uma venda nos olhos e entender que aquele paciente, está beneficiando um paciente vivo, e que a gente não tá operando um paciente morto (E6).

Ao pensar na significação das EROTTs para a remoção de órgãos, se faz necessário, uma breve retomada explicativa, quanto às diferenças e especificidades do trabalho das equipes EROTTs de Transplante hepático e Transplante renal: tem-

se que as equipes que lidam com a doação de fígados, realizam a remoção do órgão do doador em morte encefálica e o implante do fígado no receptor, portanto, conseguem automaticamente significar a ação de remoção, com a realização do transplante, ou seja, isso acontece em curto espaço de tempo, o tempo entre a remoção dos órgãos e o implante.

As equipes que realizam o Transplante Renal, só realizam a cirurgia de remoção de “rins isolados”, encaminhando os órgãos removidos do doador, para a CET. Esta equipe só realiza a cirurgia de Transplante renal, quando pacientes listados/as pelo seu Serviço, são eleitos/as para receber os rins, mediante critérios clínicos para a alocação dos órgãos, realizada pelo Sistema Estadual de Transplante, ou seja, ao realizarem a cirurgia de remoção dos órgãos, não irão realizar o implante. O relato do/a participante da Equipe de remoção de fígado, denota a mudança do foco de atenção:

Outra coisa que eu acho que no nosso caso, quando a gente tá terminando ali, uma captação, a hora que acaba a parte mais difícil ali, a gente acaba mudando o nosso foco, para o receptor, para essa cirurgia do implante, pro tempo de deslocamento. A questão do fígado, ali, não sei se o pessoal do rim vai dizer isso, porque eles acabam, são dinâmicas diferentes, são dinâmicas diferentes e as vezes a gente está na cidade x faz uma captação, tem que ir de carro até a cidade y, pegar voo comercial e tudo isso vai computando né, acaba mudando ali o nosso foco, no final da captação. A gente trabalha, não é uma coisa que a gente faz com toda facilidade do mundo (E3).

Essa especificidade poderia trazer novas tonalizações para a ação de remoção de órgãos? É preciso analisar de forma cautelosa o fato de que as dinâmicas entre as equipes são distintas. As equipes de remoção de rim, realizam somente as cirurgias de remoção de “rins isolados”, esses não beneficiam pacientes, são encaminhados para a CET. Relatos da totalidade de participantes, cirurgiões/ãs integrantes das Equipes de Remoção de Rins, referem essa distinção e tensões referentes ao processo:

É a maior tensão da minha profissão! Da minha vida eu diria. Tamanha a proporção. É ir captar, primeiro que eu não tenho formação pra isso, nunca tive, segundo: uma coisa que é imposta, não é uma coisa que eu escolhi fazer, né! Foi imposto a gente! Então, a gente é obrigado a fazer. Você tem que fazer um cadastro assim, um núcleo de médicos, que transplantam, tem que fazer a captação. A gente é obrigado a fazer uma escala entre nós, e rezar... pra não ter captação, basicamente isso, isso que é, uma tensão grande assim. Pra mim é uma tensão realmente bem grande, me sinto bem desconfortável (E5).

A gente não tem, bem a gente não pode falar, ah, esse órgão está ruim, não vou captar!... nós temos que captar e a secretaria é que vai definir se o órgão é viável ou não. Então... eu em loco, mesmo estando sentindo o paciente, eu não tenho autonomia, de decidir se esse é um bom doador, ou esse aqui não é um bom doador. Então, o médico na captação ele perde sua autonomia, ele funciona como um macaco operador literalmente, vai lá capta, e mande, tire foto, que depois os serviços de implante vão definir se o órgão, vai ser usado, ou não (E6).

Então, a gente faz captação de rim isolado apenas, não faz de outros órgãos, são situações específicas mesmo, onde outras equipes não querem e a gente acaba sendo solicitado. Tem uma escala, então a gente, uma escala de um mês seguido, isso é bem cansativo, é um mês seguido, então pode ligar todo dia pra você, você não sabe como vai ser, é um mês (E7).

É tecnicamente ali depois que você está operando não me traz muito desconforto, mas isso de... essa logística toda, essa logística toda, com certeza, é uma coisa que gera um... não é uma coisa que gera atrito, é...um pouco desconfortável, certeza, não é uma coisa que a gente gosta, ainda mais a gente que faz rim isolado, não estão acostumados como as equipes de captação de fígado que fazem isso rotineiramente, a gente acaba entrando... numa escala, e a gente faz, faz, mas não é nosso dia a dia, então é uma coisa gera um pouco de tensão, desconforto, sim, com certeza, isso de estar em locais diferentes, equipes diferentes, tudo mais (E1).

Quando a gente fala de captação de órgãos, é tem dois tipos de captação: quando você capta o fígado e os outros órgãos, e quando o fígado não é aproveitado e capta só o rim, isso abdominal assim. A Central tem os plantões, e quem capta o Fígado é normalmente a equipe que vai implantar o fígado e aí eles captam os outros órgãos também. Quando o fígado não é aproveitado, existe uma escala entre os serviços de transplante renal, em que os serviços são responsáveis pela captação do rim isolado, então nós fazemos a captação do rim isolado, é durante um período de quase quarenta dias por ano tá, então dá um mês e pouco por ano (E2).

Faz-se pertinente compreender os conceitos sobre juízos de fato, de valor e ético, proposto por Chauí (2000, p. 431, grifos no original), ao analisar os enquadramentos para a faixa de atividade:

juízos de fato são aqueles que dizem o que as coisas são, como são e por que são. Em nossa vida cotidiana, mas também na metafísica e nas ciências, os juízos de fato estão presentes. Diferentemente deles os juízos de valor - avaliações sobre coisas, pessoas e situações - são proferidos na moral, nas artes, na política, na religião. Juízos de valor avaliam coisas, pessoas, ações, experiências, acontecimentos, sentimentos, estados de espírito, intenções e decisões como bons ou maus, desejáveis ou indesejáveis. Os juízos éticos de valor são também **normativos**, isto é, enunciam normas que determinam o **dever ser** de nossos sentimentos, nossos atos, nossos comportamentos. São juízos que enunciam obrigações e avaliam intenções e ações segundo o critério do correto e do incorreto. Os juízos éticos de valor nos dizem o que são o bem, o mal, a felicidade. Os juízos éticos normativos nos dizem que sentimentos, intenções, atos e comportamentos devemos ter ou fazer para alcançarmos o bem e a felicidade. Enunciam também que atos, sentimentos, intenções e comportamentos são condenáveis ou incorretos do ponto de vista moral.

A chegada da equipe que realiza a remoção dos órgãos doados, conforme relato de participante integrante da EROTT, causa estranhamento, uma situação que envolve todos/as os/as profissionais, até mesmo funcionários/as dos hospitais onde se encontra o/ doador/a. Um estranhamento, que segundo um/a participante, se expressa em olhares e comportamentos que denotam desconforto:

Eu vejo muito assim, a gente chega pra fazer uma captação... e as pessoas olham pra gente, assim meio... com um olhar meio.. pôxa é uma cirurgia muito estranha, diferente, eles ficam até meio assustados!! A impressão que eu tenho assim sabe. Eles que vão tirar assim... sabe! Tipo, sei lá se isso é bom, ou não, mas a gente observa bastante isso, técnicos de enfermagem, o segurança abre a porta tipo assim, é uma coisa tão engraçada que , às vezes, você chega, olha crachá e tal, você chega no local, é vocês são da equipe de captação? Pode entrar, pode ir, já tá lá no centro cirúrgico, tá, assim você percebe aquela aflição assim... a equipe mesmo do centro cirúrgico, estou dizendo porque ontem a gente foi captar, eu percebo isso! Sim. As técnicas olhando assim, tipo: Tá o que que é isso! Tão mexendo ali, eles saem, eu vejo que esse pessoal que teoricamente está um pouco mais adaptado a um centro cirúrgico, adaptado a situação, não, tá preparado pra isso sabe! Até eu digo, que eles também não estão preparados, talvez psicologicamente, ou alguma coisa pra ver aquilo sabe! É, então, a gente como médico talvez esteja um pouco mais porque lida constantemente ali como cirurgião, tem ali uma questão do teu desafio, a gente que é cirurgião, gosta de operar, de fazer as coisas então ,é... sempre tá fazendo. Uma cirurgia, é um desafio, aprender mais, tal, e eu vejo que essas pessoas ao redor, tão, ficam um pouco amedrontadas.. assustadas um pouco com isso. Sabe... querem que aquilo acabe logo também, essa é a impressão que eu tenho. É. E assim, é uma cirurgia que a gente quer fazer rápido, porque todo mundo quer ir embora dali! (E7).

Cena 3 - O corpo morto ou o cadáver?

A condição referida por participantes integrantes das EROTTs, para a Cena 2 ao descreverem a intervenção cirúrgica de remoção dos órgãos doados, no corpo morto, é narrada como o “fim”, simbolicamente à determinação da morte, já decretada legalmente. Lidar com o corpo morto, parece ser um ponto de tensão que precisa ser significado pelos atores sociais, veja-se os relatos:

O que torna completamente diferente, é o que a gente está lidando com um morto! A gente tá operando um morto! Foge... não tem nenhuma outra cirurgia que faço isso.. não tem, nada, não existe, é única! Única! Única! Então, assim é uma maior peculiaridade dela, e você está fazendo isso não sabe pra nem quem! (E1).

Nas primeiras vezes assim que eu fui... você tem a morte encefálica, mas o coração está batendo! Tá funcionando, em última análise você tem que dar a tesourada final ali que vai dar, o coração parar de bater, né. Então, as primeiras vezes que eu fui... eu ficava assim, meio, nossa! Agora vou parar o

coração aqui! Mas assim, você vai... uma, vai duas, vai três, na décima você já sabe que é um cadáver ali, que está só com o coração batendo, e você vai tirar o órgão para outra pessoa,... e aí... acho que não tem mais esse sentimento assim... Se não fosse pra ajudar outra pessoa iria pro lixo... ou pro crematório, ou pro cemitério (E4).

A gente tá lidando com um corpo que não tá vivo, tá declarado morto. Diferente das outras cirurgias, né. Mas eu vou ser bem honesto pra gente, a nossa percepção é de que a pessoa tem vida, porque bate o coração, está quente, o sangue circula, se você fizer um movimento errado ela sangra, então não é exatamente um morto, por exemplo, cadáver. Por exemplo, a gente tem cursos de especialização que fazem cirurgia em cadáveres eles não sangram, eles, nada o tecido tá morto, não sangra nada. Ali não, você tem uma pessoa que tá morta, porém, com todos os organismo circulando, funcionando, então, o cuidado, a dedicação, a parte técnica que a gente tem e o respeito em obedecer a melhor prática técnica cirúrgica, é como se tivesse operando uma pessoa viva, só que a gente meio que abstrai mesmo, e a hora que começa ali, cânula, solta a perfusão, abre lá, corta um vaso, aperta o coração, sangra que é um... sangra muito mesmo, temos que aspirar tudo, daí que a gente dá, põe gelo, daí tem que ficar esperando a medida, daí nesse momento da perfusão que daí a gente percebe, daí agora morreu, sabe, e daí tem essa percepção. A gente não entra ligado assim aqui tem uma pessoa morta, mas aqui tem coisas vivas que vamos retirar de uma pessoa morta talvez (E2).

A imperiosidade da morte, com suas representações sociais, pode ser identificada nas camadas de significações atribuídas pelos atores sociais das EROTTs. No relato apresentado a seguir, também foram anotadas no DC, as percepções da pesquisadora durante a entrevista com o/a participante integrante da EROTT, onde o desconforto em referir o processo de remoção de órgãos, foi expresso por meio comparativo e anotado da seguinte forma “desconforto emocional ao se referir, ao processo de remoção de órgãos, expressos em risos e chamadas de atenção, durante a narrativa”, na transcrição encontrados como (rsrs) e como exclamações (!) (DC, 2022):

O fato é que isso vai beneficiar duas pessoas e tal, daí é o outro lado da moeda. Assim se eu puder trabalhar só com o outro lado da moeda, talvez, é ótimo, né, porque vou botar o rim, aquele cara vai sair superfeliz, eu vou curar ele, entendeu! É o mesmo princípio de comer carne de boi. Rsrs (risos) não sou eu que estou indo lá matar o boi! Carnear o boi, rsrs, entendeu! Eu só vou lá.. entendeu, beleza! Agora, não, você vai ter que ir lá matar o boi, carnear o boi, e fazer tudo lá, talvez eu não queresse mais comer carne! Carne de boi, entendeu! Eu ia repensar, não sei... eu não quero matar o boi! Rsrsrsr, entendeu! Se eu vou lá no açougue, compro a carne, é uma coisa, mas agora se tiver, que matar o boi, pô! Calma aí! Peraí, vamos ver.. tem outras... tem outra comida aí? Pode ser esse ovo aí, tá bom! rsrsrs não precisa matar ninguém, tá legal, né! (E5).

O fato observado, os risos nervosamente expressos, e as constantes exclamações, na comparação da cena, a partir da perspectiva da crítica ao processo

de produção de carne para a alimentação, denotam uma “rejeição”. Isso está conforme a perspectiva de Goffman (2012, p. 82) que afirma: quando a “tarefa apresentada ao sujeito foi rejeitada e foram aplicados outros quadros”, se trata portanto, de uma “flexibilidade que a tonalização traz ao gerenciamento da participação”.

Observa-se também o desconforto na cirurgia de remoção de órgãos pela percepção de E10 da equipe de enfermagem da EROTT, que no momento da cirurgia de remoção de órgãos, com desconforto, denota comportamento de “evitação” quanto ao olhar o “corpo morto”:

Assim o momento, que esse paciente, tá doando, na sala cada um age de uma forma, né. Eu evito assim de olhar, diretamente esse paciente. É a minha opinião, a única coisa assim que faço é assim, agradecer a essa doação, e que essa pessoa, a família toda, que seja confortável pra aquela família, e agradecer o que tá acontecendo ali! Porque a gente é um corpo, né! Nós somos um corpo. Nesse sentido... é uma forma de respeito, é um respeito que eu não quero essa sensação, essa imagem pra mim, por isso que eu evito, de olhar, você acaba trabalhando, mas essa imagem eu não consigo! Por mais que eu tente assim, vou olhar, você acaba olhando, e aquilo me deixa muito mal de ver. ... É um momento bem diferente, porque, eu sempre fui acostumada muitos anos, centro cirúrgico que você, terminou aquela cirurgia, você fica, vê um bom resultado, às vezes, aquele paciente acorda agitado, com dor, com alguma coisa, perguntando alguma coisa, e ali no final da cirurgia, aquele momento de silêncio, que você olha aquele corpo é, fechado, né, suturado ali, e aquele corpo, pálido, gelado, então, é aquele momento, fúnebre mesmo, já começa ali na sala cirúrgica. Apesar de você sabe que tem muita, vidas ali naquelas caixas, ali, são muitas vidas, mas ao tratar daquele corpo é um, uma sensação de tristeza, meio que um velório ali (E10).

Ainda quanto à cirurgia de remoção de órgãos, participantes integrantes das EROTTs, revelam suas percepções para a intervenção no corpo morto: quando este é de indivíduos jovens ou crianças, têm um maior nível de tensão ao realizar suas atividades. As situações que se desvelam por detrás das mortes de crianças parece ser uma condição antinatural da vida, uma criança morrer, ao passo que também revelam as condições sociais que elevam esses índices.

Participantes ao narrarem essas situações denotaram desconforto emocional, quanto a realizar a cirurgia de remoção de órgãos. Expressões faciais, voz de indignação, denotavam tristeza ao lembrarem das “situações”: “as lembranças dos eventos parecem estar vivas na lembrança dos participantes” (DC, 2022), a exemplo:

Então, várias pessoas cuidando e nenhuma cuidou, a criança afogou-se... morreu... daí a comoção dentro do hospital, dava pra escutar o choro dos

pais... mesmo nós não passando pela frente dos pais... dá pra escutar... toda comoção (E6).

Não é uma coisa, esses dias tive que fazer de uma criança de 4 anos de idade,... isso acaba... com a semana. Fazer um negócio desse, entendeu! É complicado. Então você precisa ter sangue frio pra isso. Eu tenho perfil de implantar rim, eu tiro do doador vivo, tiro um rim inteiro que você vai doar, pra tua irmã, tiro teu rim! Com maior prazer, gosto, tal. Implantar! Todo gosto, mas realmente, essa parte da captação, é triste (E5).

Assim, as situações de quando você vai fazer captação, de doador adolescente, assim, criança, marca! ...Você vê ali as vezes uma criança de 12, 13 anos, pra tirar o órgão é... um negócio, que por mais que você... cascudo... que você seja, por mais experiência que você tenha, por mais que você já tenha feito isso muitas vezes, aquilo ali te gera um.. uma.. sensação assim de... como vou te dizer... ah, pôxa! O que tá passando com essa mãe, né (E8).

Tomando as narrativas de participantes integrantes das EROTTs para a faixa de atividade da morte, foram identificados os seguintes pontos de tensão: a ambiguidade do conceito de morte: está morto? A tensão entre a posição ocupada pelos atores(cirurgiões/ãs) e a ação (remoção de órgãos) e a passagem do corpo morto para cadáver (interrupção do fluxo de sangue do doador), e as especificidades que diferem os processos entre as equipes de Remoção de Fígado e de Remoção de Rim, quanto à autonomia.

6.2.2 2º Ato: A doação de órgãos e tecidos

Cena 1: A morte e a significação da vida

Os significados e valores atribuídos por participantes da pesquisa à doação de órgãos, ganham representações distintas, dentro da cena sobre a morte e a significação da vida, a exemplo: a ajuda ao próximo, ato de amor e generosidade, o salvar vidas. A decisão da família em meio à dor e ao sofrimento pela morte do ente querido, buscando favorecer desconhecidos, é reconhecida por participantes como ato nobre e generoso, conforme os relatos:

Eu acho um gesto muito nobre, corajoso, que não deve ser nada fácil, se tá ali naquele momento de sofrimento, você parar o teu sofrimento, ter que dar uma pausa no sofrimento pra você decidir, algo que vai mudar a vida de outra pessoa. Então, você tem que parar um pouquinho, pensar e quando a gente perde alguém, acho que não tem, tempo que a nossa cabeça ainda entra no lugar e começa a raciocinar, então, você tem que trazer aquela pessoa ali pra realidade, sair um pouquinho do sofrimento pra pensar no próximo. A doação

tem uma condição de tempo muito importante. Sim o tempo, não dá pra dizer olha daqui um dia, dois dias, tem que ser naquele momento (C3).

Falando como pessoa, é um ato de amor infinito, porque você consegue transformar toda tua dor, toda sua tristeza, num momento, bom pra outra família. E desapegar! É um amor sem apego, que, como você vai doar, o coração do filho que você levou pra uma outra pessoa (C7).

A doação de órgãos, pra mim acho que é permitir salvar outra vida, é saber que tudo tem um porquê nessa vida, e se nesse momento chegou o fim, daquela pessoa, eu acredito em Deus, acredito que foi desse jeito, é pra ser dessa maneira, dessa história, o final da vida, mas que ela está deixando aqui, a possibilidade de salvar outra vida. A doação de órgãos pra mim, é, poder salvar outras vidas. Saber que você finalizou a tua história, mas que você está permitindo que a outra pessoa continue a dela, porque não tá no fim a dela ainda. Tá lá na fila, esperando a doação de órgão (C8).

O significado pra mim, é a continuidade de uma vida! Né, então, proporcionar isso, é uma alegria gigantesca, onde de fato, nós entendemos que todos os processos foram realizados, onde todos os exames foram efetivos, onde tivemos mais de um profissional, então essa segurança, de que você poderá dar continuidade, onde você, o desfecho é desfavorável, mas para o próximo, é um benefício gigantesco. Onde você reproduz vida! (C9).

O ato de doação ganha laminações por participantes, conforme a perspectiva de Goffman (2012), com distintas camadas de significados observadas nos relatos, a exemplo, o “salvar outra vida” para (C8) ou como para (C9) “reproduz vida”, além do ato de amor e generosidade. Não raro, se observa também na sociedade informativos sobre a doação de órgãos com essa mesma significação: “salvando vidas”.

Cena 2- Uma dádiva moderna?

Para Lazzaretti (2008, p. 116), “o comportamento generoso da doação nutre a coesão e a troca social”. Nesse sentido, a autora faz referência a argumentos respaldados em valores culturais que facilitam a decisão da doação:

a expressão eufêmica ‘presente de vida’ é uma expressão na qual a lógica que normalmente inspira a doação se sustenta em alguns argumentos, tais como: a família sobrevivente de um ente morto, pode começar o processo de resolução do luto mais depressa se souber que ajudou outra pessoa. Ou embora o ente amado esteja morto, ele pode se manter vivo em outro corpo. Ou ainda, numa ideia exclusivamente de ajuda ao próximo, podem acreditar que pela doação o receptor terá a chance de viver uma vida mais longa, mais saudável e mais produtiva (Lazzaretti, 2008, p. 116).

Ainda com relação às trocas, seria a doação de órgãos uma forma de dádiva moderna? Godbout (1999, p. 29) entende que a dádiva é “qualquer prestação de bem ou de serviço, sem garantia de retorno, com vistas a criar, alimentar ou recriar os

vínculos sociais entre as pessoas”. A reflexão do mesmo autor ao questionar se a dádiva ainda existe, é que “os tempos são difíceis mas modernos” (Godbout, 1999, p. 237). Segundo o autor, para os modernos, por trás da dádiva está a troca, e querendo testar uma ideia inversa, por trás das trocas, procura-se a dádiva e traz uma questão: “será possível encontrar um sentido para os vínculos sociais, sem ingenuidade nem cinismo, isto é, sem transformar tudo em objeto? (Godbout, 1999, p. 237).

É possível pensar em formas de ancoragem para o ato da doação de órgãos? O que significa para aquele/a que doa parte do corpo do “outro”? Se não está relacionado a si, em que está amparada a sua decisão? Poderiam ser fatores relacionados à sua própria consciência ou uma consciência da sociedade?

Faz-se indispensável recorrer a principal referência para o tema da dádiva, Marcel Mauss. Este cientista social realizou estudos utilizando um método comparativo em áreas determinadas como a Polinésia, Melanésia, Noroeste americano, e “alguns grandes direitos”. Escolhendo direitos, que pelos “documentos e trabalho filológico” fosse possível acessar “a consciência das próprias sociedades” (Mauss 2017, p. 195-196).

Um desses trabalhos deteve-se sobre as “formas arcaicas do contrato”, o sistema de trocas e contratos nas sociedades mais antigas. Afirma, Mauss (2017, p. 197), “nas economias e nos direitos que precederam os nossos, nunca se constataram, por assim dizer, simples trocas de bens, de riquezas e de produtos num mercado estabelecido entre indivíduos”. E, acrescenta:

además, o que eles trocam não são exclusivamente bens e riquezas, bens móveis e imóveis, coisas úteis economicamente. São antes de tudo, amabilidades, banquetes, ritos, serviços militares, mulheres, crianças, danças, festas, feiras, dos quais o mercado é apenas um dos momentos, e nos quais a circulação de riquezas não é senão um dos termos de um contrato bem mais geral e bem mais permanente (Mauss, 2017, p.197).

Para Mauss (2017), essas “prestações e contraprestações” são estabelecidos de forma voluntária, por presentes, embora sejam “obrigatórias”; o autor nomina essa situação de “sistema de prestações totais”. Nesse sentido apresenta seu estudo da forma de como se dá a prestação total na sociedade “Samoa”, enquanto o “espírito da coisa dada” nos “Maori” e completando o estudo “a obrigação de dar, a obrigação de receber”.

Ainda, em novo tema, estuda o mesmo autor, sobre “o presente dado aos homens e o presente dado aos Deuses” que desempenha um papel “nessa economia e moral da dádiva” (Mauss, 2017, p. 201-211); revela com o estudo três obrigações: dar, receber, retribuir. Nesse ponto, para Lazzaretti (2008, p. 134) a dádiva hoje “conta com mais um elemento partícipe no circuito dar-receber-retribuir: o corpo”, e identifica que:

a tecnologia como construção social, está impregnada pelos valores culturais da sociedade que o engendrou. Depreende-se destas que, apesar de seu caráter objetivante, a alta tecnologia da contemporaneidade não suprimiu as trocas que dão origem ao laço social.

Lazzaretti (2008) coloca que o corpo, assume um papel no sistema da dádiva na contemporaneidade, trazendo como referência o transplante intervivos. Explica a autora, que a dádiva aparece como um gesto nobre, onde o doador se priva de parte de sua “‘vitalidade’ para dar ao outro, como um oferecimento de vida, um sacrifício de uma parte de si mesmo, que ele perderá” (Lazzaretti, 2008, p. 134).

A doação de órgãos a que se refere esse trabalho é a doação pós-morte encefálica, portanto, começa com o poder legal concedido à família para a tomada de decisão sobre o corpo do seu parente para a doação. Condição esta, também reconhecida por Lazzaretti (2008), para que a doação seja um ato generoso.

Inúmeras condições, no tocante a decisão tomada pelas famílias para a doação, já foram evidenciadas em estudos. Por exemplo: o fato facilitador de saber o desejo de seu/sua parente ser favorável para a doação, bem como preocupações com a integridade do corpo do/a doador/a, e a questão do tempo para os rituais fúnebres.

Valores culturais interferem quanto ao respeito ao corpo morto, pois, os “sistemas de crenças religiosas e de códigos morais seculares” têm como característica, este respeito, por representar memórias da “imagem da pessoa amada” (Lamb, 2000, p. 171). Adiciona Lamb (2000, p. 171) que:

embora o respeito pelos falecidos tenha distintas formas em diferentes culturas, para a maioria delas a violação da integridade do corpo com objetivos terapêuticos, tal o caso da transplantação de órgãos, não é considerada como desrespeito. Judeus, cristãos e países budistas, apesar das proibições de mutilação de defuntos, permitem transplantes cadavéricos se o consentimento prévio dos falecidos, ou dos familiares, tiver sido obtido.

Também para Elias (2001, p. 77), “a morte não tem segredos. Não abre portas. É o fim de uma pessoa. O que sobrevive é o que ela ou ele deram às outras

peessoas, o que permanece nas memórias alheias”. Nesse sentido, pode-se pensar que a morte e corpo morto carregam um significado simbólico.

Stacechen (1999) tendo como objeto de estudo as famílias doadoras, observou que ao ato de doação foram atribuídas sensações de alívio e reconhecido como uma ação generosa. Ressalta que o encontro com doadores/as, dava sentido ou alcançava “sentido pleno” funcionando como o “reconhecimento” pelo ato, esse representando a “presenciar a continuidade da vida era a retribuição” (Stacechen, 2009, p.141). Ainda afirma, o autor, que:

a doação de órgãos, enquanto troca simbólica, instaura uma relação cíclica marcada pela dívida e gratidão. Aqueles que doam de alguma forma esperam uma retribuição, e que no decorrer da pesquisa se demonstrou através desta transfiguração do doador no receptor. Para os familiares-doadores poder constatar que alguém vive agora graças ao ato que praticaram significa uma celebração da vida, pois se não podem contar mais com aquela pessoa, uma parte dela ‘vive’ em outro (Stacechen, 2009, p. 144).

Reconhecendo também como ato nobre e generoso das famílias, participantes, integrantes das Equipes transplantadoras, atribuíram outros significados para a doação de órgãos que denotam “utilidade”, a “função do órgão pós-morte”. A resposta nesse sentido de significação, pode ser entendida em certa medida como a possibilidade de manutenção da terapêutica dos transplantes, pois, sem doação, não há transplante. Algumas dessas percepções são apresentadas nos relatos:

Um doador de órgãos, é uma pessoa que o cérebro não funciona, que você mantém ele vivo, por algumas horas, com os órgãos perfundidos. Por algumas horas pra fazer uma cirurgia pra retirar esses órgãos, naquele momento da cirurgia, o coração vai parar de bater, é isso que acontece. Do ponto de vista, como vou dizer: do ponto de vista que você enxerga, são coisas bem diferentes... mas são duas pessoas falecidas. Uma que tem que ser cremada, ou enterrada, e a outra, que pode ajudar outras pessoas (E8).

Significa até, de uma maneira mais racional e fria mesmo, eficiência, porque se você parar para pensar que um paciente na diálise ele custa muito caro, esse paciente a hora que recebe um órgão ele deixa de custar caro para a saúde suplementar, essa é uma perspectiva! Tá segundo, representa melhor qualidade de vida para um monte de gente que não tem qualidade de vida, então uma pessoa está em uma diálise ela não pode tomar água! (E2)

A minha visão sobre doação, os órgãos não vão ter função nenhuma no caixão, então que sejam usados, pra que alguém possa ter um pouco mais de qualidade de vida. Essa é a minha visão! Bem técnica mesmo!... vai apodrecer no caixão (E6).

A doação é o começo de qualquer transplante. De qualquer transplante. Se você não tiver doação de órgão, você não tem, não tem nem muito, o nosso trabalho não tem muito nem como começar, se não tiver isso, então, doação

de órgãos é o principal, entendeu? Inclusive nos lugares que você tem muita doação de órgão, que funciona bem o sistema, que a cultura do local fala muito de doar, e que essas respostas das famílias são positivas, você tem muito mais sucesso nos transplantes nessas, nesses locais, do que nos locais onde você tem um índice de doação menor, então, isso já mostra que sem a doação, não tem transplante (E8).

Em contato direto com as famílias doadoras estão integrantes das CIHDOTTs, durante o acompanhamento de todo o processo do PME e quando da realização da entrevista para a doação. Nos relatos há referência do papel desempenhado pelas CIHDOTTs na interface com o hospital e com a UF.

A forma como são constituídas e mantidas as CIHDOTTs, como desempenham suas atividades, vem de encontro ao termo utilizado por Goffman (2014, p. 92-93): “equipe de representação” como sendo “grupo de indivíduos que cooperem na encenação de uma rotina particular”. O autor no emprego do termo, tem como referência o indivíduo, sua representação e, também, o conjunto dos demais participantes e toda a interação.

Mostrando o funcionamento das CIHDOTTs, no relato de C5 e C2 tem-se a dinâmica das atividades desenvolvidas:

Olha a Instituição, ela tem e mantém a CIHDOTT, ativa, com o intuito de participar ativamente dessa questão, da captação, da doação, do incentivo. O Estado tem uma trajetória, uma história, de ser um centro de doação de órgãos, muito importante e influente, e esse hospital sempre participou disso. Então é uma dinâmica, que é meio cultural da Instituição, então, a ideia é que a gente mantenha. Nós acreditamos na importância, nós sabemos, da necessidade que existe, por parte de muitos pacientes que necessitam realmente de um órgão. E por sermos um centro transplantador, então também a gente tem um compromisso, na busca por doações de órgãos, eu acho que somos bastante preocupados, com essa questão, do que poder ofertar pra melhorar, a vida dos pacientes que aqui são atendidos (C5).

Desde que iniciamos a nossa atuação aqui é de conscientização, sabe, dos profissionais que fazem a assistência, na identificação de pacientes que poderiam se tornar potenciais doadores, da importância da doação de órgãos, então agora, a gente tem visto que é um trabalho, de conscientização que a gente tem conseguido, acho que aqui dentro é proporcional junto a todo um sistema, pra pessoas que vão receber um órgão, em boas condições, enfim, e principalmente, na nossa atuação aqui, eu sempre comento com as colegas, que o acolhimento, enfim, família, um todo, processo de um luto, né, no momento que a gente define, esse contato aí com a morte, é esse acolhimento começa desde a hora que o paciente entra na UTI, na Instituição, um exemplo assim, muitas vezes, isso lá no final, vai, pode culminar com um aceite ou não de uma doação (C2).

Tem-se diante do 2º Ato da peça teatralizada, onde a Cena 1 é sobre a morte e a significação da vida, que os atores sociais buscam significações para a doação, e

que estas estão embasadas em fatores culturais e sociais. Identifica-se o reconhecimento por participantes da pesquisa, de que as famílias ao realizarem a doação, estão tendo um ato nobre e generoso, que vai ajudar “o outro”, que em certa medida significam também um sentido de possibilitar “vida”, dado também identificado por Stacechen (2009) no trabalho com as famílias doadoras.

Observa-se uma distinta laminação para a faixa de atividade por parte de participantes profissionais transplantadores, que atribuem um sentido de “utilidade” para o órgão pós-morte, dado que pode ser pensado enquanto “manutenção da terapêutica dos transplantes”. Nesse sentido, corrobora-se a visão do Processo Doação - Transplante como um ciclo virtuoso, que se inicia na sociedade com a morte de um indivíduo e a doação de seus órgãos e finaliza também com a sociedade, no sentido de beneficiar o indivíduo receptor do órgão (Garcia *et al.*, 2017a).

A análise deste quadro possibilita compreender que existe uma demanda social por órgãos, regulada pelo Estado, que se abastece da “generosidade” da própria sociedade, aqui representada pela família, e utilizando da técnica científica, busca retardar a morte, significando a vida por meio de uma troca, nesse caso uma troca de partes do corpo. Assim como Lazzaretti (2008) havia apresentado em estudo sobre o transplante hepático intervivos, o corpo adquire *status* de partícipe do circuito da dívida moderna.

6.2.3 3º Ato: O Transplante

Cena 1: A técnica

Sendo os transplantes o tema mais específico envolvendo os atores das EROTTs, as equipes transplantadoras, este terceiro Ato, não contempla os/as demais participantes da pesquisa.

Para Lamb (2000, p. 147), o objetivo do Transplante está fundamentado num imperativo humanitário “substituir um órgão insuficiente por outro sadio, consequentemente impedir a morte, e possivelmente trazer melhoria na qualidade de vida do paciente”. Nesse sentido, os relatos de participantes integrantes das EROTTs para os Transplantes denotam o mesmo significado para a faixa de atividade, pois, a

não funcionalidade de um órgão, compromete não somente a qualidade de vida do indivíduo, mas o coloca em risco de morte. A exemplo:

É essencial, o cara precisar de um fígado e não existir fígado mais pra ele, porque não tem mais como fabricar um fígado, e não tem como colocar ele numa máquina que tenha essa função, a única chance desse cara, se não tivesse doador é tá morto, tendo doador, o cara tem como viver mais, no rim o cara sai da diálise, tem uma qualidade de vida muito melhor, longevidade muito maior, então, no coração, nem se fala, uma bomba cardíaca ali, o coração é o seguinte, deu certo, pronto, tá feito, o cara, sai novo, né. Por outro lado, pode não dar certo na hora, parar o coração, ali não bater e pronto, acabou a vida dele, mas foi uma tentativa. A acho que é muito importante, eu sou bem a favor assim, do transplante (E5).

Um paciente com encefalopatia, sabe, que é completamente debilitado, é dependente da família pra praticamente tudo, não consegue ter um raciocínio, aí você faz o transplante na pessoa, aí e meses depois, ela tá completamente lúcida, conversando, lendo de novo, né, totalmente independente, isso realmente você vê que o transplante de órgãos ele funciona e tem jeito de melhorar a qualidade de vida das pessoas, e não só sobre a vida, né, não adianta a pessoa viver mais e mal, tem que viver bem, né, ter autonomia (E9).

Avançando no sentido de compreender as experiências de participantes para o Processo técnico, está posto que nos relatos de participantes, das Equipes transplantadoras, existem duas situações a serem analisadas: as percepções das condições técnicas, para os dois tipos de cirurgia realizadas por essas equipes: as cirurgias de remoção de órgãos e as cirurgias de implantação de órgãos.

Iniciou-se a análise dessas experiências, com as do ofício de cirurgião/ã, pois, apresenta-se como relevante para avançar às discussões da rotina. Tem-se no relato de E9, uma moldura da “paixão” pelo ofício, que também foi evidenciada em outros relatos. Observações da pesquisadora, durante as entrevistas, também confirmam esse tom “apaixonado” enquanto participantes relatam sobre o ofício de cirurgião/ã:

A gente meio que tem muita paixão envolvida, muito difícil você ver um cirurgião que não se envolva, ele já é um trabalhador por essência assim, no setor de transplante, então, ele tem que gostar de trabalhar mesmo, ele tem que ter paixão pelo que ele faz, óbvio, que você é motivado pelo desafio técnico da cirurgia, que a cirurgia ela é tecnicamente, uma cirurgia muito completa né, você tem que realmente conhecer anatomia, e de entendimento de cirurgia, muito grande pra você conseguir fazer, e fazer uma cirurgia desse porte, uma cirurgia extremamente complexa... a cirurgia do transplante é muito desafiadora, você, pegar um órgão. Eu lembro assim da primeira vez, eu participei de um transplante, você vê que tira o órgão de uma pessoa, principalmente no fígado, que você tem que tirar o fígado, doente e coloca outro fígado, aquilo dá certo!!! Sabe... aquilo realmente!!! Impressiona assim sabe!! Impressiona assim, olha a gente fez aqui. Um órgão de uma pessoa, colocou em outra, e o cara tá bem no outro dia, tá acordado, conversando, e tá, e obviamente aquilo vai virar uma rotina e você não lembra mais desse detalhe, mas, parar pra pensar assim, o tamanho e o quanto é incrível é isso,

é uma coisa incrível assim, pega um rim lá, alguém tá na diálise, a pessoa coloca, no paciente doente, e você vê os exames melhorando, é algo que impressiona assim. Tamanho do trabalho que a gente tá fazendo. Te envolve assim, você, todo mundo, se você conversar com médicos, enfermeira, são todo mundo apaixonado pelo que a gente faz, gosta bastante, e tem muita doação assim da nossa parte, como indivíduo, você nunca pensa só em remuneração, você faz sem nem saber se vai ser remunerado por aquilo. Então sempre tá muito disponível, você vem aqui a noite ver o paciente, você deixar, às vezes, a tua casa, vim aqui ver uma complicação, ou você ficar um final de semana a mais, saber se vai ter um transplante ou não, se vai ser remunerado por aquele final de semana ou não, tem que realmente gostar do trabalho. Tanto que não tem muita gente que faz também. É poucos que têm interesse, as equipes são pequenas, tem que ser pequenas (E9).

Mesmo, diante dos desafios impostos pelo ofício, conforme os relatos logo abaixo descritos de E2 e E8 quando o resultado esperado, no caso “salvar” ou melhorar o quadro do/a paciente, não acontece, ou das tensões enfrentadas e relatadas por E4, o sentido de realizar o ato cirúrgico, é visto em certa medida como “realizador”:

Até quando não vai bem o transplante, você tem a sensação de dever cumprido. Entendeu? Porque, às vezes, você não consegue salvar aquela pessoa, tava muito ruim, mas você fez o que tinha que fazer, você se esforçou, acordou de madrugada, você fez aquilo que tinha que fazer, você cuidou, você fez tudo direitinho e o acaso levou a não dar certo, ou a gravidade da situação levou a não dar certo. Então, a sensação mesmo, na maioria dos casos, é sensação de dever cumprido, né! Mesmo quando você tem um insucesso (E8).

O transplante ele tem uma coisa ruim que é você estar sempre contra o tempo, então, isso é uma coisa ruim assim, a cirurgia ela tem que ser feita com prudência, a perfusão tem que ser feita no tempo, a logística em tanto tempo, então, o processo em si é estressante por isso. Porque você depende de vários fatores, às vezes, você tem uma família que quer o corpo do doador para as quatro da manhã, mas o teu receptor só consegue chegar a partir das sete, só aí você já perde três horas de isquemia, daí assim, a questão de tempo é, às vezes, o mais estressante (E4).

Quem é cirurgião, gosta de anatomia, é anatômica é uma cirurgia que é necessário que você saiba fazer bem, né, desafiadora. E acho que se você pegar os grandes cirurgiões, talvez não me inclua nos grandes cirurgiões, talvez um dia, mas cirurgião que gosta de operar, ele gosta de desafio, acho que isso motiva a gente a fazer essas cirurgias de grande porte (E2).

Quanto às cirurgias de remoção de órgãos para Transplantes, estas acontecem seguindo uma ordem de atuação das Equipes, conforme especialidades. Esta especificidade descrita por E9, permite a compreensão do cenário onde atuam essas equipes e quanto à técnica de intervenção no corpo morto, conforme referido também por E7 e E8:

A captação é assim né, quando são órgãos abdominais, é o captador de cirurgias abdominais que faz isso, então a gente como a gente faz a parte abdominal, a gente faz o fígado, a gente faz os rins, a gente faz o pâncreas quando precisa, hoje em dia já tem o intestino também. Então, essa é a nossa função. Quando é órgãos intratorácicos, coração, pulmão, aí o coração é a equipe de coração, que faz, né, transplante de coração, transplante cardíaco, e pulmão é a equipe de pulmão, que faz, aí são equipes que divide, aí também tem captação de pele, né, e ossos. Geralmente vai um médico que é do transplante de pele mesmo, e tecidos, e ossos geralmente é um ortopedista, que faz, normalmente a captação de ossos, o ortopedista que vai, né. O processo de captação é um detalhe, é que você, às vezes, opera com várias equipes. Você tem que operar, às vezes, simultaneamente, com a equipe do coração, do pulmão e as equipes dos órgãos abdominais, às vezes, são três equipes trabalhando ali na mesma cirurgia. Aí tem córneas, geralmente, eles têm essa possibilidade de fazer a captação de córneas também. E a captação de ossos, elas ficam depois da captação dos órgãos que precisam de uma isquemia mais rápida. Tecnicamente existe uma tensão porque é uma cirurgia que tem os seus detalhes, é uma cirurgia que tem que ser regrada, passo a passo, mas também é uma cirurgia... que quando segue tudo isso, é uma cirurgia normal como qualquer outra pra gente que é cirurgião assim, dos aspectos técnicos, claro, tem tensão de porque ela tem as suas peculiaridades ali que tem que tomar muito cuidado (E9).

Você também tem que tirar um órgão que seja, que fique bom pra alguém usar, tem uma responsabilidade em cima disso também. Erro assim acontece, lógico, a gente é ser humano, mas você tem que tá muito atento pra isso. Então, às vezes, a gente fica focado no momento assim, eu tenho que tirar esse órgão bem, pra pessoa possa usar, porque não adianta também vir aqui, passar por toda essa situação, e a gente não poder usar o órgão (E7).

Você tem que aprender a fazer aquela cirurgia, do ponto de vista técnico. Certo. Não é uma coisa também que se aprende tão facilmente, não é uma coisa muito simples, tanto é que quando eu fui começar a fazer isso, eu tinha, quatro anos de Residência. E, mesmo assim, no começo você tem dificuldade de fazer as coisas, então, não é uma coisa simples e faz muita diferença, se você tem experiência ou não, pro resultado do transplante (E8).

Pontos de reflexão, sobre a técnica, foram trazidas por participantes da pesquisa, enquanto relatavam suas experiências como cirurgiões/ãs dos Transplantes. Um maior nível de tensão, foi o observado quanto às cirurgias de remoção de órgãos, “necessárias”, sendo preciso realizá-las, apesar do desconforto expresso nos relatos. Estranhamento, tensões de ordem das emoções, foram retratadas por participantes, dando ênfase nas situações de remoção de órgãos de indivíduos jovens e crianças, não somente por participantes cirurgiões/ãs das EROTTS, mas também por participantes enfermeiros/as destas equipes, como no relato:

Ah, fazer captação de criança! É muito triste. É bem, bem ruim. Eu já vou sofrendo, quando eu tô indo, já sei a idade da criança já estou sofrendo! Acho que a parte ruim é essa! A parte boa, é quando vê o paciente, que já recebeu,

que já transplantou, aí é super bem, parte boa né. Nem um resultado de cirurgia hoje existe cem por cento de sucesso, mais, é muito bom, muito gratificante quando tem esse resultado (E10).

O cenário retratado, reflete tensões de diferentes ordens, exigindo habilidades técnicas, comportamentais de enfrentamento a situações de estresse. Um ponto de atenção: é possível pensar em uma formação capaz de suprir essas necessidades?

Nesse sentido, Eyer de Jesus (2008), que é cirurgiã, trouxe para a pauta a discussão, trata-se do artigo “Ensinar cirurgia: como e para quem?”. Neste texto, a autora se refere a uma crise mundial de formação e de quantitativo de médicos/as e, principalmente, de cirurgiões/ãs:

há uma diminuição crescente na formação de médicos e cirurgiões, com uma crescente participação de mulheres. Os médicos jovens buscam qualidade de vida e autonomia profissional como principais requisitos profissionais. As síndromes de burn-out são comuns entre os médicos em atividade, e a perda de autonomia profissional tem papel preponderante na determinação da doença. A crise que atinge a profissão médica e as especialidades cirúrgicas têm bases éticas, sociais e financeiras. É necessário e fundamental discutir novos paradigmas de educação e atuação profissional na sociedade moderna (Eyer de Jesus, 2008, p. 136).

Um estudo sociológico sobre a equipe multidisciplinar de um Serviço de Transplante, considerou as tensões e conflitos presentes na prática dos transplantes hepáticos. Conforme identificou Lima (2009, p. 156), mesmo com o desenvolvimento técnico-científico, ainda existem tensões que estão postas para as equipes entre “a objetividade e a subjetividade, entre a certeza e a incerteza, entre o saber e o ver”.

Participantes fazem o enquadramento dos Transplantes, mesmo com suas especificidades e desafios, como amparado pela “paixão” atribuída ao ofício de cirurgião, principalmente, pelo desafio técnico. Observa-se, também, o sentido pragmático quanto a “utilidade dos órgãos pós-morte”. Quanto à forma de perceber os acontecimentos, o enquadramento feito pelos atores sociais dos Transplantes, para a Cena, foi a de que o ofício de cirurgião/ã dos transplantes, é realizado com “paixão”, principalmente, pelo desafio técnico, significando seus desafios. Ensina Goffman (2012, p. 49) que:

tendemos, portanto, a perceber os acontecimentos em termos de esquemas primários e o tipo de esquema que utilizamos proporciona uma maneira de descrever o acontecimento ao qual ele é aplicado. Quando o sol se levanta, temos um acontecimento natural; quando se desce a persiana para impedir a entrada da luz, temos uma ação guiada. Quando um médico legista pergunta a *causa mortis*, ele quer uma resposta formulada no esquema natural da

fisiologia; quando pergunta sobre a maneira como ocorreu a morte, ele quer uma resposta dramaticamente social, uma resposta que descreva o que muito possivelmente faz parte de uma intenção.

Cena 2- A rotina

Há uma distinção entre as tensões de ordem técnica e da rotina, da cirurgia de remoção de órgãos e da cirurgia dos transplantes. A rotina, foi colocada em maior evidência pelos/as participantes da pesquisa, com relação a situação do sobreaviso, onde profissionais, mesmo em seu período de descanso ficam à disposição para realizar suas funções, neste caso as funções relacionadas ao Processo Doação - Transplante.

Apesar de compreenderem como parte da rotina dos transplantes, participantes da pesquisa referiram algumas tensões referentes ao sobreaviso, principalmente, com referência as cirurgias de remoção de órgãos:

Eu vou te dizer assim, a gente fica de sobreaviso e vira praticamente uma emergência. Então, até , às vezes, eu comparo com alguns amigos que não são da área! Emergência em que na verdade eu vou salvar, é um paradoxo.. eu não vou salvar nenhuma vida, ali na hora, porém, eu vou proporcionar sobrevida a alguns pacientes, que vão receber esses órgãos! Então, vira uma emergência, até porque assim, existe uma pressa em alguns pacientes que têm uma instabilidade, têm alguma situação mais limítrofe da morte encefálica, então, a gente precisa ter uma certa agilidade (E2).

Desafio é não saber o que você vai fazer... O seu telefone poder tocar a qualquer segundo do dia, da noite e você ter que se deslocar da onde você está e ir a um local que você nunca esteve. Isso é estressante. Operar num local onde você não sabe se o foco cirúrgico ilumina adequadamente, ou não, o local que você não sabe se a tesoura corta, ou não, ou o local que você não sabe se vai ter, vai ser bem-vindo, ou não, porque a equipe de enfermagem, a equipe médica que tá lá, tá fazendo um serviço num paciente que tá morto, muitas vezes, não tem a concepção de que aquele órgão vai ser retirado pra salvar, melhorar a qualidade de vida de uma outra pessoa (E6).

Então, na quinta-feira à noite fiz transplante, então... cheguei em casa meia-noite, dormi, acordei sete horas da manhã, trabalhei o dia inteiro, não dormi ontem, nem na madrugada e hoje fui fazer a captação, então, vim trabalhar, tinha cirurgia hoje de manhã eletiva, não tinha como cancelar (E7).

Também a condição de precisar renunciar a determinadas situações da vida social, como estar com a família, em encontros como Natal, datas comemorativas, ou mesmo atividades do cotidiano. Isso tudo, além das dinâmicas de remanejamentos necessários quanto a atendimentos em suas clínicas, consultórios, onde, necessitam sem aviso prévio desmarcar pacientes que aguardam por consulta, ou mesmo cirurgia:

Você tem que, às vezes, abrir mão da tua parte pessoal, familiar, né, porque, você, às vezes, tá disponível, para o final de semana e, às vezes, você passa o final de semana inteiro trabalhando, às vezes, você se programa com a tua família pra fazer alguma coisa...e, às vezes, eu programo pra fazer alguma coisa e aí, no final de semana, você tem que cancelar tudo, criam uma expectativa de fazer alguma coisa junto com você, e você tem até mesmo frustrando as pessoas que convivem com você. Por mais que elas entendam, é obvio, entendem, que você tá no seu trabalho, mas conforme vai passando aqueles vários anos, a sua família começa a ficar frustrada, com algumas coisas. E tem isso, é ruim desapontar as pessoas, mesmo sabendo que é teu trabalho (E9).

A necessidade de você ir pra fazer a captação na hora, isso também te gera, assim muitas situações, de familiares, por exemplo. Que assim você tem que aprender a conviver. Vou te dar um exemplo que me marcou assim. A minha filha..., uma vez perguntou por que só o papai que não tava no almoço de domingo... por que só o papai não tava?... Com o passar dos anos, você vai criando uma estrutura, porque senão você não tem como resolver esse problema. É ruim assim, a família sofre, obviamente, os filhos sofrem um pouquinho, faz parte da vida! Qualquer transplantador que você conversar, vai te contar uma história parecida (E8).

As condições impostas pela atividade de trabalho, a função do ator no Processo Doação - Transplante e a ação a ser executada, foram evidenciadas por participantes como pontos de tensão. A técnica foi referida como primordial, a que está à frente de tudo, há um reforço constante nos relatos, para que todo o processo seja executado e compreendido do ponto de vista técnico. A rotina diferenciada dessas equipes, denotam que os atores priorizam o ofício de cirurgião/ã dos “transplantes”, em detrimento à outras atividades do cotidiano.

Com a apresentação dos Atos e Cenas, evidenciaram-se importantes dados a serem considerados para a análise da experiência dos atores sociais do Processo Doação - Transplante. Encerra-se a apresentação e segue-se para o encerramento da “peça”, com as considerações finais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Das aproximações com a temática dos Transplantes de Órgãos e Tecidos, que levaram ao interesse em desenvolver essa pesquisa de doutoramento, acrescenta-se outra como pesquisadora. A aproximação no campo de trabalho, como profissional de saúde na área dos Transplantes e a aproximação como filha de uma paciente transplantada, distinguiu-se completamente da percepção pessoal no campo de pesquisa, sendo essa uma primeira consideração a ser feita.

O esforço pelo “afastamento” do conhecimento da rotina do hospital, do atendimento a pacientes e convivência com profissionais da área de transplantes e, ao mesmo tempo, a aproximação do objeto de pesquisa, foi extremamente desafiador e profundamente enriquecedor — o que poderia ser uma limitação para a pesquisa, trouxe uma possibilidade ainda maior de produção de conhecimento.

A proposta deste trabalho foi captar e analisar as experiências de profissionais de saúde, integrantes das equipes relacionadas ao Processo Doação - Transplante, as CIHDOTTs, por estarem em contato direto com as famílias de potenciais doadores/as de órgãos, e as EROTTs, equipes que realizam os Transplantes. Afinal, as experiências desses/as profissionais, poderiam auxiliar a identificar possíveis tensões sociais, de interesse para as discussões da Sociologia da Saúde, fazendo-se relevante diante do complexo desafio social que é a doação de órgãos e tecidos para Transplantes.

A pergunta de pesquisa foi composta por um conjunto de questões que norteou o trabalho: Quais as experiências dos atores sociais do Processo Doação-Transplante? Quais as possíveis tensões identificadas por esses, dentro desse processo? Considerou-se que tensões poderiam existir, tendo em vista os papéis representados por esses/as profissionais, a posição que ocupam e a ação que executam. E, ainda, acrescentou-se: Qual o significado dessas ações para esses atores?

Estabeleceu-se assim um objetivo e delineou-se o objeto de pesquisa: compreender a experiência de integrantes das CIHDOTTs e das EROTTs, no Processo Doação - Transplante, onde possíveis tensões sociais podem ocorrer, devido as especificidades do trabalho dessas equipes. Para isso foram traçados alguns objetivos específicos para perceber as especificidades das atividades das CIHDOTTs/EROTTs no Processo Doação - Transplante.

Os objetivos foram alcançados. De um lado, a pesquisa bibliográfica e a de campo, forneceram dados necessários para apresentar de forma sistemática o funcionamento da estrutura do SNT e como funciona o Processo Doação - Transplante — o passo a passo de um procedimento médico que, segundo Garcia (2017), transforma um órgão de doador falecido em um órgão transplantável. Com os dados das entrevistas, foi possível traçar o perfil sociodemográfico dos/as participantes, entendendo a necessidade de conhecer quem são esses/as profissionais, atores desse complexo processo. Também foram identificadas as especificidades das atividades das CIHDOTs, com destaque para a entrevista de doação de órgãos com as famílias, e das EROTTs, a cirurgia de remoção dos órgãos doados, a intervenção cirúrgica no corpo morto, e que são essas mesmas equipes quem realizam o transplante (troca do órgão doente por um sadio no receptor).

De outro lado, foi possível por meio das percepções, expressão da experiência social dos/as participantes da pesquisa, compreender suas experiências nas atividades pertinentes ao Processo Doação - Transplante e identificar tensões. Sim, essas existem e foram identificadas, relacionadas à ação, confirmando-se a hipótese de que devido às especificidades das atividades, há motivações suficientes para que existissem tensões.

A metodologia escolhida para a análise dos dados foi a Análise de Quadros de Goffman (2012), os resultados foram apresentados utilizando da metáfora da representação teatral trazendo as experiências dos/as participantes no Processo Doação - Transplante. De forma que as principais tensões foram evidenciadas através dos três principais temas relacionados ao Processo Doação – Transplante, que foram apresentados enquanto Atos de uma grande peça teatralizada: primeiro Ato: a morte; o segundo Ato: a doação de órgãos; e, o terceiro Ato: o transplante. Cada Ato foi composto por Cenas, estas foram compostas de temas interligados nas representações apresentadas pelos atores.

Quanto ao primeiro Ato: a morte se mostra imperiosa nas representações trazidas por participantes, os significados ultrapassam o conceito, a palavra — são carregados de sentidos e significados sociais e culturais da visão de ser humano. A exposição à morte no cotidiano, traz uma significação para a vida, pois, ao pensar na morte, a vida se faz urgente. O temor da morte, levantado ao longo do tempo histórico

e exposto no capítulo teórico, foi evidenciado nas “tonalizações” trazidas por participantes, evidenciando novas camadas de significados para a faixa de atividade.

É possível considerar a partir das Cenas que: há ambiguidade no conceito de morte por critérios neurológicos, no mínimo um estranhamento, afinal, está morto? Os/as participantes têm clareza sobre os critérios de morte, contudo, mantêm o estranhamento, refletido como uma tensão. A exemplo, a tensão entre a posição ocupada pelos atores (cirurgiões/ãs) e a ação (remoção de órgãos), também foi evidenciada na passagem do corpo morto, para cadáver, resultado da ação ao interromper o fluxo de sangue do doador, ato feito por cirurgião/ã.

As especificidades que diferem os processos de remoção de órgãos entre as equipes de Remoção de Fígado e de Remoção de Rim, quanto à autonomia, também se mostram como tensões. Isso por conta de que há diferenças quanto à autonomia: a condição de poder transplantar os órgãos que removeram, parece trazer para integrantes das EROTTs de Fígado, a possibilidade de significar o ato da remoção com menor tensão e em menos tempo, enquanto a ação das EROTTs de Rins, por fazerem a remoção de rins isolados e não transplantarem o órgão que removeram, parece dificultar a significação para a ação de remoção, a intervenção no corpo morto.

Em referência ao segundo Ato: a doação de órgãos, sobre a morte e a significação da vida, tem-se que participantes atribuem à doação de órgãos distintas camadas de significados dentre elas a ajuda ao próximo, ato de amor e generosidade, o salvar vidas. A decisão da família em doar órgãos em meio ao sofrimento pela morte, é reconhecido pelos atores sociais do Processo Doação - Transplante como ato nobre e generoso. Respalado em fatores culturais e sociais, o ato da doação de órgãos, reforça laços sociais, que retroalimenta o Processo Doação - Transplante.

Uma laminação distinta foi observada em participantes integrantes das EROTTs, atribuindo também à doação de órgãos, o sentido de “utilidade”/“função” de um órgão pós-morte. Nesse sentido, pode-se entender, em certa medida, como significado de manutenção da terapêutica dos transplantes, pois, sem doação não há transplantes.

Deste modo, é possível compreender o Processo Doação - Transplante, tal qual Garcia (2017), como um “ciclo virtuoso” que tem início na sociedade com um doador, e termina na sociedade beneficiando um receptor. Nesse sentido, há uma demanda social por órgãos para transplante, que é abastecida da “generosidade” da

sociedade, aqui representada pela família com a doação e utilizando da técnica científica, busca-se retardar a morte, significando a vida por meio de uma troca, o transplante. A tensão, neste ponto, pode ser vista a partir de uma proposta reflexiva: generosidade ou utilidade? É possível chegar a essa resposta? No sentido dessa pesquisa, instiga-se novas questões.

Sobre o terceiro Ato: os transplantes, faz-se considerações para as Cenas referente à técnica e à rotina. Fundamentado num imperativo humanitário, segundo Lamb (2000), está o transplante, terapêutica caracterizada pelo ato cirúrgico de troca de um órgão doente por um sadio. A técnica é priorizada nos relatos e reforçada a todo o momento pelos participantes, fundamentando toda a cena. Uma vez que este Ato é, de forma exclusiva, encenado por atores das EROTTs, o ofício de cirurgião/ã é posto como “realizador” e movido pelo que se denominou neste trabalho como “paixão”, principalmente, pelo desafio técnico, a anatomia, retratada por participantes, com ênfase, nos relatos.

Portanto, são duas situações distintas a que participantes integrantes das EROTTs estão expostos/as no Processo Doação - Transplante, identificou-se que a cirurgia de remoção de órgãos para os transplantes é o ponto de tensão referido pelos atores sociais. A prontidão, o sobreaviso, o deslocamento da equipe, a intervenção no corpo morto, são postos como tensão, junto com a morte encefálica e fatores que a desencadeiam, pois, em alguns relatos, colocam como maior impacto o de realizar cirurgia de remoção de órgãos em jovens e crianças, em geral, vítimas de violência e traumas que levaram à morte encefálica.

Tais dados, que não são referidos quando o tema é a cirurgia do transplante, o implante do órgão. Nesse sentido, todo o cansaço, toda a dinâmica empregada, os desafios, as privações de tempo junto às suas famílias, o remanejamento de pacientes de consultório e clínicas para realizar um transplante, é automaticamente significado e narrado com “paixão”.

A metodologia aplicada ao estudo, supriu as necessidades que se apresentaram no transcurso da pesquisa. Os instrumentos de coleta de dados, atenderam ao propósito, complementando-se, ainda que do uso dos dados das entrevistas ganhar maior destaque em todo o trabalho, em razão da expressão simbólica dos relatos. O referencial teórico do Interacionismo Simbólico contribuiu

para o entendimento dos papéis sociais dos atores do Processo Doação - Transplante, possibilitando analisar suas significações para as ações e interações.

O acesso às experiências dos/as participantes se deu por meio das entrevistas, uma vez que não foi possível acompanhar diretamente as atividades das CIHDOTTs, junto às famílias para a realização da entrevista para a doação, bem como acompanhar as atividades das EROTTs no tocante às cirurgias de remoção de órgãos para transplantes. Goffman (2012) coloca como possibilidade de análise, as narrativas, mas alerta que, nesse caso, deve-se empreender uma análise mais aprofundada. Assim, de forma complementar para a análise, os documentos, principalmente, relatórios das entrevistas para a doação, e as observações anotadas no DC, propiciaram uma triangulação de dados que corroborou para compreensão do objeto.

O emprego do modelo de análise proposto por Goffman (2012) para o estudo das experiências dos/as profissionais do Processo Doação - Transplante, mostrou-se relevante. A condição do estudo por meio das narrativas, ainda que não ideal, foi utilizada considerando-se a análise das narrativas em relação a uma situação específica. Conclui-se que é possível realizar a análise com eficiência, e mostra-se replicável.

A contribuição prática da pesquisa está relacionada à ampliação dos estudos na temática dos transplantes dando ênfase aos/as profissionais envolvidos/as no Processo Doação - Transplante, uma vez que fatores relacionados ao grande desafio social que é a doação de órgãos não estão relacionados somente a fatores de informação à sociedade. Há necessidade de atenção a profissionais envolvidos/as no Sistema, seja de formação, de recursos e de Educação Continuada. Pode-se observar isso por meio dos objetivos e estratégias da recente Política Nacional de Conscientização e Incentivo à Doação e Transplantes de Órgãos e Tecidos (Brasil, 2023c).

A temática dos Transplantes de órgãos e tecidos, mostra-se ainda um campo vasto para pesquisas, trata-se de uma especialidade que caminha a passos largos no tocante às possibilidades vislumbradas pelo avanço técnico-científico. Questões éticas, legais e políticas acompanham com vagar o avanço, o que se destaca como ponto a ser dado atenção.

Ao passo que há um avanço na técnica, questões da própria condição humana ainda geram temor e estranhamento, como a morte. Jung (1996, p. 43) traz uma importante reflexão que serve de alerta: “conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”. Propõe-se que os dados e reflexões realizadas nesse estudo, possam embasar novas pesquisas dentro de caminho ético e construtivo de reconexão entre o ser humano e sua técnica.

REFERÊNCIAS

- ALIANÇA BRASILEIRA PELA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS. ADOTE. **Transplante de fígado**: o critério de gravidade clínica com base no modelo MELD/PELD. 2021. Disponível em: <https://www.adote.org.br/calculadora-meld-peld#:~:text=O%20que%20%C3%A9%20MELD,a%2012%20anos%20ou%20mais>. Acesso em: 06 out. 2023.
- ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Trad. José Fonseca. Porto Alegre: Artmed, 2009. 138p.
- ARIÈS, P. **O homem diante da morte**. Trad. Luiza Ribeiro. São Paulo: Editora Unicesp, 2014. [Publicação original 1977].
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. ABTO. 2022. Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2015-2022). **RBT**, a. XXIX, n. 4, 2022. Disponível em: <https://site.abto.org.br/wp-content/uploads/2023/03/rbt2022-naoassociado.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2023.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. ABTO. 2024. **Campanha setembro verde**. Disponível em: <https://site.abto.org.br/campanha-setembro-verde/>. Acesso em: 24 abr. 2024.
- BAUMAN, Z.; MAY, T. **Aprendendo a pensar com a sociologia**. Trad. Alexandre Werneck. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.
- BECKER, E. **A negação da morte**. Trad. Luiz Carlos do Nascimento Silva. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.
- BLUMER, H. **Symbolic interactionism**: perspective and method. Berkeley: University of California Press, 1986. [Publicação original 1969].
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 8489 de 18 de novembro de 1992. Publicado no **D.O.U.** de 20/11/1992, s. 1, p. 16065. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1992/lei-8489-18-novembro-1992-363720-norma-pl.html>. Acesso em: 20 fev. 2022.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 9.434 de 04 de fevereiro de 1997. **D.O.U.** de 5/2/1997. 1997a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9434.htm. Acesso em: 20 fev. 2022.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.2.268, de 30 de junho de 1997. **D.O.U.** de 01/07/1997, p. 13739. 1997b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1997/d2268.htm. Acesso em: 20 fev. 2022.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 10.211 de 23 de março de 2001. **D.O.U.** de 24/03/2001, e. 1, ed. extra. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10211.htm. Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 11.521 de 18 setembro de 2007. Publicado no **D.O.U.** de 19/9/2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11521.htm. Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde BVS. Morte encefálica. **Portal BVS**, 2008. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/morte-encefalica/>. Acesso em: 05 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.600, de 21 de outubro de 2009. **D.O.U.** de 30.10.2009, s. 1, p. 77. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html. Acesso em: 26 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 9.175, de 18 de outubro de 2017. **D.O.U.** de 19.10.2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9175.htm#art56. Acesso em: 14 ago. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 13.709, de 14 de agosto de 2018. 2018a. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). **D.O.U.** de 15.8.2018. Edição Extra. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. Estatísticas de gênero: responsabilidade por afazeres afeta inserção das mulheres no mercado de trabalho. **Agência IBGE**, Notícias, 07 mar. 2018. 2018b. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/20232-estatisticas-de-genero-responsabilidade-por-afazeres-afeta-insercao-das-mulheres-no-mercado-de-trabalho>. Acesso em: 19 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pessoas esperam por transplante**. 2023a, *on-line*. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaWMyOTVIZGZlYzdhNC00ZDEzLWJhZDYtMDg1ZGYwY2M5MTQzliwidCI6IjMyMjU1NDBiLTAzNDMtNGI0Ny1iMzk2LTMTxMTYxZTdiODMyMyJ9>. Acesso em 14 ago. 2023.

BRASIL. Secretaria de Comunicação Social. Direitos. Como funciona a lista de transplantes de órgãos no Brasil? Ministério da Saúde mantém painel com andamento da fila de transplantes no país. **Portal gov.br**, 29/8/2023. 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/fatos/brasil-contra-fake/noticias/2023/3/como-funciona-a-lista-de-transplantes-de-orgaos-no-brasil>. Acesso em: 06 out. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. Lei n. 14.722, de 8 de novembro de 2023. Institui a Política Nacional de Conscientização e Incentivo à Doação e ao Transplante de Órgãos e Tecidos.

D.O.U. de 9.11.2023. 2023c. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2023-2026/2023/lei/l14722.htm. Acesso em: 25 abr. 2024.

CHAUÍ, M. S. **Convite à filosofia**. 7. ed. São Paulo: Ática, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CFM. Resolução n. 2173 de 23 de novembro de 2017. **D.O.U.**, 15.12.2017, ed. 240, s. 1, p. 50-275. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CFM. Política de transplantes levou à definição da morte encefálica. **Portal do CFM**, 12 dez. 2017. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/politica-de-transplantes-levou-a-definicao-da-morte-encefalica/>. Acesso em: 26 fev. 2022.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos**: seguido de envelhecer e morrer. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

EYER DE JESUS, L. Ensinar cirurgia: como e para quem? **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 35, n. 2, p. 136-140, mar./abr. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912008000200012>

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS. Piso FENAM. **PORTAL FENAM**. Notícias, 27 jan. 2022. Disponível em: <http://www.fenam.org.br/2022/01/27/piso-fenam-2022/>. Acesso em: 06 out. 2023.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Trad. Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREIRE, A. Brasil registra o maior número de transplantes de órgãos em dez anos. **Portal gov.br**, Ministério da Saúde, Recorde de transplantes, 05.01.2024.

Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/janeiro/brasil-registra-o-maior-numero-de-transplantes-de-orgaos-em-dez-anos> . Acesso em: 20 abr. 2024.

FREUD, S. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: edição standart brasileira. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. [Publicação original 1915].

FREUD, S. **Luto e melancolia**. Obras psicológicas de Sigmund Freud. Vol. II. L. A. Hanns (Coord.). Rio de Janeiro: Imago, 2006. [Publicação original 1917].

GARCIA, V. D.; PACINI, G. S. Recomendações de nomenclatura no processo de doação e transplante. In: GARCIA, C. D.; PEREIRA, J. D.; GARCIA, V. D. (Orgs.) **Doação e transplante de órgãos e tecidos**. São Paulo: Segmento Farma, 2015. 560p. p.23-30.

GARCIA, C. D. (Org.). **Manual de doação e transplantes**: informações práticas sobre todas as etapas do processo de doação de órgãos e transplante. Porto Alegre: Libretos, 2017. 220p.

GARCIA, V. D.; BONOW, F. P.; ZANELLA DE PAULA, A. C.; LERSCH, A. G. S.; BAGGIO, G.; FORTUNATO, L. M. O processo doação – transplante. *In*: GARCIA, C. D.; GARCIA, V. D.; PEREIRA, J. D. (Orgs.). **Manual de doação e transplantes**: informações práticas sobre todas as etapas do processo de doação de órgãos e transplante. Porto Alegre: Libretos, 2017a. 220p. p.19-29.

GARCIA, V. D.; PACINI, G. S.; GALLAS, F.; ELVIR, F. A. R.; CHIES, G.; OKABAYASHI, C. S. M.; PIVATTO, S. D. Nomenclatura no processo de doação e transplante (Recomendações). *In*: GARCIA, C. D.; GARCIA, V. D.; PEREIRA, J. D. (Orgs.). **Manual de doação e transplantes**: informações práticas sobre todas as etapas do processo de doação de órgãos e transplante. Porto Alegre: Libretos, 2017b. 220p. p.14-18.

GIBRAN, K. G. **O profeta**. Trad. Mansour Challita. Rio de Janeiro: Associação Cultural Internacional Gibran, 1980. [Publicação original 1923]

GODBOUT, J. T. **O espírito da dádiva**. Trad. Patrice Charles F. X. Wuillaume. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999. 272p.

GODELIER, M. (Org.) **Sobre a morte**: invariantes culturais e práticas sociais. Trad. Edgard de Assis Carvalho e Mariza Perassi Bosco. São Paulo: Sesc São Paulo, 2017. 368p.

GOFFMAN, E. **Frame analysis**: an essay on the organization of experience. Boston, Northeastern University Press, 1986.

GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. Trad. Maria Célia Santos Raposo. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

GOFFMAN, E. **Os quadros da experiência social**: uma perspectiva de análise. Petrópolis: Vozes, 2012.

GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. Trad. Maria Célia Santos Raposo. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

GOLDSTEIN, J. Nova forma de extrair órgãos par transplante divide médicos e especialistas em bioética. **Folha de São Paulo**, Ciência, 02 dez. 2023. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2023/12/nova-forma-de-extrair-orgaos-para-transplante-divide-medicos-e-especialistas-em-bioetica.shtml>. Acesso em: 02 dez. 2023.

HOFFMANN-HOROCHOVSKI, M. T. H. **Memórias de morte e outras memórias**: lembranças de velhos. 274f. 2008. Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1884/15102>. Acesso em: 25 abr. 2024.

JOSEPH, I. **Erving Goffman e a microsociologia**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

JUNG, C. G. **Fundamentos da psicologia analítica**. Petrópolis: Vozes, 1996.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Trad. Dayse Batista. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LAMB, D. **Transplante de órgãos e ética**. Trad. Jorge Curbelo. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos. São Paulo: Hucitec, 2000. 264p.

LAMB, D. **Ética, morte e morte encefálica**. Trad., atualiz., adapt., ed. Jorge Curbelo e Rogéria Cristina Dias. São Paulo: Office, 2001.

LAZZARETTI, C. T. **O doador vivo no transplante hepático: a dádiva na contemporaneidade**. 2008. 240f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2008. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1884/19086>. Acesso em: 10 jun. 2023.

LELOUP, J.-Y. A imagem que temos da morte, herança da nossa cultura. In: HENNEZEL, M.; LELOUP, J.-Y. **A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade**. Trad. Guilherme João de Freitas Teixeira. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. 144p. p. 29-38.

LIMA, S. M. M. **No fio da sutura: um estudo sociológico sobre a equipe multidisciplinar do serviço de transplante hepático do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná**. 2009. 167f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2009. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1884/19941>. Acesso em: 20 fev. 2022.

MACHADO, M. H. (Coord.). **Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final**. Rio de Janeiro: NERHUS - DAPS - ENSP/Fiocruz, 2017. 748p.

MARTINS, C. B. C. O legado do departamento de sociologia de Chicago (1920-1930) na constituição do interacionismo simbólico. **Soc. estado**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 217-239, mai./ago. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922013000200003>

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. Trad. Paulo Neves. São Paulo: Ubu, 2017. 576p.

MEAD, G. H. **Espírito, persona y sociedade: desde el punto de vista del conductismo social**. Introducion de Charles W. Morris. Buenos Aires: Paidos, 1972.

MENDONÇA, M. A. E. Desigualdade de gênero no bloco cirúrgico: mulheres são minoria entre cirurgiões. Levantamento do Colégio Brasileiro de Cirurgia aponta que as mulheres representam apenas 21,7% dos profissionais da cirurgia geral. **Portal da Faculdade de Medicina UFMG**, 08 ago. 2022. Disponível em:

<https://www.medicina.ufmg.br/desigualdade-de-genero-no-bloco-cirurgico-mulheres-sao-minoria-entre-cirurgioes/>. Acesso em: 06 out. 2023.

MERLEAU-PONTY, M. **O primado da percepção e suas consequências filosóficas**. Trad. Sílvia Rosa Filho e Thiago Martins. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

MICHELANGELO. Pietà. **Portal Arte&Artistas**, 17 jul. 2018. Disponível em: <https://www.arteeartistas.com.br/pieta-michelangelo/>. Acesso em: 21 set. 2023.

MILLS, C. W. **A imaginação sociológica**. Trad. Waltensir Dutra. 6. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Saúde aumenta em 106% autorização para novos serviços de transplante em todo o Brasil. **Portal gov.br**, Doação de órgãos, 28.09.2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/setembro/ministerio-da-saude-aumenta-em-106-autorizacao-para-novos-servicos-de-transplante-em-todo-o-brasil>. Acesso em: 20 abr. 2024.

MONTAIGNE, M. **Ensaio**: que filosofar é aprender a morrer e outros ensaios. Trad. Julia da Rosa Simões. Porto Alegre: LP&M, 2017. 240p. [Publicação original em 1572]

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2009.

MOURA-NETO, J. A.; MOURA, A. F.; SOUZA, E. Cinquenta anos do primeiro transplante no Brasil. **Braz. J. Transpl.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 26-29, 2016. Disponível em: <https://www.sbn.org.br/profissional/sbn-cientifico/blog-cientifico/single-cientifica/news/cinquenta-e-cinco-anos-do-primeiro-transplante-no-brasil/>. Acesso em 14 ago. 2023.

NUNES, J. A. Erving Goffman, a análise de quadros e a sociologia da vida cotidiana. **RCCS**, Coimbra, n. 37, p. 33-49, jun. 1993. Disponível em: <https://ces.uc.pt/rccs/index.php?id=502>. Acesso em: 10 abr. 2022.

OLIVEIRA, J. Montaigne e a morte. In: OLIVEIRA, J.; INCERTI, F. (Orgs.). **Filosofia e interioridade**. Curitiba: PUCPRESS, 2019. 82p. p. 21-28.

PARANÁ. Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Paraná. Central Estadual de Transplantes do Paraná. **Manual de Transplantes**. 3. ed. Curitiba: SESA, 2014. 118p. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CET/Manual_CentralEstadualdeTransplantes_2014.pdf. Acesso em: 27 fev. 2022.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. Diretoria de Gestão em Saúde. Sistema Estadual de Transplantes do Paraná. **Manual para notificação, diagnóstico de morte encefálica e manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos**. 4. ed. Curitiba: SESA/DGS/CSET, 2023. 63 p. Disponível em: <https://www.paranatransplantes.pr.gov.br/Pagina/Protocolo-para-diagnostico-de-Morte-Encefalica>. Acesso em: 25 ago. 2024.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. SESA. Sistema Estadual de Transplantes do Paraná. Organograma. **Paraná Portal**, s.d. Disponível em: <https://www.paranatransplantes.pr.gov.br/Pagina/Organograma>. Acesso em: 10 jan. 2024.

RASIA, J. M. Interacionismo simbólico e transplante hepático. **Soc. Estado**, v. 28, n. 2, p. 279-296, ago. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922013000200006>

RASIA, J. M.; LAZZARETTI, C. T. Diagnóstico de doença e narrativa: um estudo etnográfico com transplantados hepáticos. **RELACES**, Córdoba, v. 7, n. 17, p. 32-41 abr./jul. 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273238564004>. Acesso em: 20 fev. 2022.

RODRIGUES, D. Ministério da Saúde destina incremento financeiro de até 80% para a realização de transplantes de órgãos e medula óssea. **Portal gov.br**, Ministério da Saúde, Doação de Órgãos, 18.09.2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/setembro/ministerio-da-saude-destina-incremento-financeiro-de-ate-80-para-a-realizacao-de-transplantes-de-orgaos-e-medula-ossea>. Acesso em: 20 abr. 2024.

ROSS, L. F.; THISTLETHWAITE JR., J. R. The 1966 Ciba Symposium on Transplantation Ethics: 50 Years Later. **Transplantation**, v. 100, n. 6, p. 1191-1197, jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1097/TP.0000000000001170>

SAUSSURE, F. **Curso de linguística geral**. São Paulo: Cultrix, 2000. [Publicação original 1916]

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Orientações e tratamentos. Portal **SBN**, 2023. Disponível em: <https://www.sbn.org.br/orientacoes-e-tratamentos/tratamentos/tratamento-conservador/>. Acesso em 18 ago. 2023.

STACECHEN, L. F. **Famílias doadoras de órgãos**: um estudo sociológico sobre os significados atribuídos à doação. 2009. 160f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2009. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1884/23351>. Acesso em: 20 fev. 2022.

STRAUSS, A. L. **Espelhos e máscaras**: a busca de Identidade Trad. Geraldo Gerson de Souza. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

WEBER, M. **Economía y sociedad**: esbozo de sociología Comprensiva. Trad. José Medina Echavarría, Juan Roura Farella, Eugenio Ímaz, Eduardo García Máynez y José Ferrater Mora. México: Fondo de Cultura Económica, 2002. 1246p.

WIJDICKS, E. F. M. **Morte encefálica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Dilivros, 2020.

WIJDICKS, E. F.; VARELAS, P. N.; GRONSETH, G. S.; GREER, D. M. American Academy of Neurology. Evidence-based guideline update: determining brain death in adults: report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology. **Neurology**, v. 74, n. 23, p. 1911-8, jun. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181e242a8>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Director-General's statement on IHR emergency committee on novel coronavirus (2019-nCoV)**. Genebra: WHO, 30 January 2020. Disponível em: [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 10 jun. 2023.

APÊNDICE - ROTEIROS PARA ENTREVISTAS

Roteiro para entrevista com integrantes da CIHDOTT (Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante)

Dados sociodemográficos:

Nome:

Gênero:

Idade:

Estado Civil:

Religião:

Filhos/as:

Formação acadêmica:

Tempo de atuação profissional:

Tempo de atuação na Instituição:

Tempo de atuação na Comissão CIHDOTT:

Renda aproximada:

Quanto a atividade na Equipe:

- ✓ Entrada na Comissão e condições exigidas: capacitações, treinamentos?
- ✓ Qual a atividade exercida nessa comissão e quais desafios e tensões que já enfrentou? Poderia compartilhar suas experiências?
- ✓ Qual o significado da morte, da doação de órgãos para transplante?
- ✓ Como é realizada a entrevista com as famílias dos/as doadores/as? Poderia compartilhar os desafios que já enfrentou nessa atividade?
- ✓ Você gostaria de acrescentar alguma experiência, percepção sobre o tema da pesquisa?

Roteiro para entrevista com integrantes da EROTTs
(Equipe de Remoção de órgãos e tecidos para Transplante)

Dados sociodemográficos

Nome:

Gênero:

Idade:

Estado Civil:

Religião:

Filhos/as:

Formação acadêmica:

Tempo de atuação profissional:

Tempo de atuação na Instituição:

Tempo de atuação Equipe de Retirada de Órgãos:

Renda aproximada:

Quanto a atividade na Equipe:

- ✓ Entrada nesta Equipe e tempo na atividade?
- ✓ Condições exigidas para fazer parte desta Equipe: Formação, disponibilidade?
- ✓ Sobre a rotina de trabalho?
- ✓ Quais os desafios e tensões que já enfrentou nessa atividade?
Poderia compartilhar alguma experiência?
- ✓ Significado da morte, da doação de órgãos, dos Transplantes?
- ✓ Sobre a cirurgia de remoção de órgãos?
- ✓ Gostaria de acrescentar alguma experiência, percepção sobre o tema da pesquisa?

ANEXO – NOTIFICAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA



NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR DE MORTE ENCEFÁLICA



OPO ☐ CASCAVEL ☐ CURITIBA ☐ LONDRINA ☐ MARINGÁ

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ RGCT: _____ Nº Notificação: _____

HOSPITAL/SERVIÇO

Notificante: _____ Celular (____) _____
Hospital: _____ Fone (____) _____
Município: _____ UF: _____

POTENCIAL DOADOR (não abreviar o nome)

Nome: _____
Dt Nasc.: ____/____/____ Idade: ____ Cor: ____ Sexo: ____ Peso: ____ Altura: ____
CPF: _____ RG: _____ Estado civil: _____
Responsável: _____ Grau Parentesco: _____
Endereço: _____ Fone (____) _____
Município: _____ UF: _____ CEP: _____

Diagnóstico: _____

Evolução Clínica: _____

Doenças Associadas: _____

Data do Internamento no Hospital:

Nº Prontuário/Registro:

Descrição	SIM	NAO	Especificar		
UTI - Adulto			Data:	Hora:	Leito:
UTI - Pediátrica			Data:	Hora:	Leito:
UTI - Cardíaca			Data:	Hora:	Leito:
Pronto Socorro			Data:	Hora:	Leito:
Tempo de UTI			Quanto tempo:	(dias)	
Intubado			Quanto tempo:	(dias)	
Temperatura/Febre			Data:	Temp.máxi.:	Quanto tempo: (dias)
Pressão Arterial	----	-----	Resultado:	X	
Diurese em 24 hs	----	-----	Valor:		
Diurese ml/Kg/hora	----	-----	Valor:		
Sedação			Qual:		
Suspensão			Data:	Hora:	
Uso de heparina			Dose:	Via:	Quanto tempo:
Recebeu Sangue? Hemoderivados			Data:		
Infecção			Local:		
Sepse em Atividade					
* Hemocultura Positiva			Data:	Germe Isolado:	
* Parcial de Urina			Data e resultado:		
Parada Cardio Respiratória			Quantas:	Tempo Total:	min
Cardioversão/Desfibrilação Cardíaca			Qual:	Quanto tempo:	
Cirurgia(s) Prévia(s)			Quando:		
Outras Intervenções					

* Enviar laudo para CET-PR

SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO PARANÁ

Rua Barão do Rio Branco, 465 – 1º Andar – Centro – Curitiba - CEP 80010-180 – Paraná - Fone: (41) 3304-1900 Fax: (41) 3304-1909
www.saude.pr.gov.br / e-mail: sesatran@sesa.pr.gov.br / plantaocetpr@sesa.pr.gov.br



NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR DE MORTE ENCEFALICA



Doador: _____ RGCT: _____

MEDICAMENTOS/VASOPRESSOR

Tipo	ml/hora	Nº de Ampolas	Dosagem da Ampola	Volume de Soro Glicosado 5%	Início de Uso	mcg/kg/min
Noradrenalina						

Antibiótico	Dose	Aprazamento	Data de Início

EXAMES LABORATORIAIS – data e valores –

Data						Data					
HB						TGO					
HT						TGP					
Leucócitos						Fosf Alc					
Bastões						GamaGT					
Plaquetas						Bil.Total					
Ureia						Bil.Direta					
Creatinina						FiO2					
Na						Ph					
K						PO2					
Glicemia						PCO2					
CPK						SatO2					
CK-MB						Lipase					
Amilase						Lactato					
PCR						*ABO					* (enviar laudo para CET-PR)
*Hemocultura	1ª amostra		2ª amostra			*Urocultura					* (enviar laudo para CET-PR)

Creatinina de Entrada: _____ / _____ / _____ Valor: _____

Gasometria para doação de PULMÃO: Adequar o ventilador mecânico com os parâmetros abaixo, por **10 minutos antes** da coleta da gasometria. PEEP=5 cm H2O / Volume corrente= 6 a 8 ml/Kg ("peso ideal") / FR= 14 / FIO2=100% (enviar laudo para CET-PR)

SOROLOGIA

EXAME	RESULTADO	POSITIVO IgM	POSITIVO IgG	EXAME	RESULTADO	POSITIVO IgM	POSITIVO IgG
CHAGAS				HIV			
SIFILIS				HTLVI-II			
Anti-HCV				TOXOPLASMOSE			
HBs-Ag				CITOMEGALOVIRUS			
Anti-HBs				EPSTEIN BARR			
Anti-HBc							

EXAME COMPLEMENTAR PARA DIAGNOSTICO DE MORTE ENCEFALICA (enviar laudo para CET-PR)

☐ Arteriografia	☐ Doppler Transcraniano	☐ Cintilografia	☐ Eletroencefalograma
--	--	--	--

OUTROS EXAMES REALIZADOS (enviar laudo para CET-PR)

☐ Tomografia	☐ RX Tórax	☐ Ecocardio**	☐ Cateterismo**	☐ Ecografia Abdominal ***
-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--	--

** Todos os doadores de coração - *** IMC>30, Etilismo, TGP>56U/L e TGO>40U/L, Trauma abdominal , > 60 anos

MORTE VIOLENTA	Guia de Encaminhamento ao IML + Boletim de Ocorrência do Óbito
	Delegacia de Polícia: Especifique:



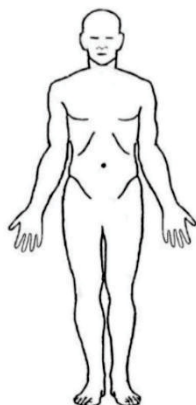
NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR DE MORTE ENCEFALICA



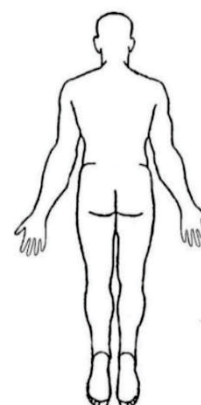
EXAME FÍSICO DO DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Responsável pela Avaliação Física

Nome:	Cargo/Função:	Fone:
Assinatura:	Data:	
Doador:	RGCT:	
Peso:	Altura:	Circunferência Torácica:



Colocar os números correspondentes
aos achados de exame físico



	Alguma evidência de:	SIM	NÃO	Caso sim, especifique ou informe se impossível visualizar
01	Cicatrizes cirúrgicas/traumáticas anteriores ao evento da captação de órgãos (especificar)			
02	Trauma (crânio, abdominal, tórax...) ou sinais de infecção no local da retirada			
03	Fraturas/Gesso/Aparelhos Ortopedicos			
04	Coloração amarelada de pele, mucosa, esclera			
05	Alterações cutâneas (manchas pigmentadas ou avermelhadas irregulares, espinhas disseminadas, crostas ou feridas abertas, vermelhidão ou sinais de coceira)			
06	"Rash" cutâneo ou petéquias generalizadas			
07	Manchas (avermelhadas, azuis, roxas, marrons, pretas) ou lesões na pele			
08	Hematoma/Lesão/Abrasão/Laceração/Ferida/Ulcera			
09	Tatuagem ou maquiagem definitiva (descrever)			
10	Piercing (descrever)			
11	Marcas de agulha não relacionadas a uso médico (ver se não estão encobertas pelas tatuagens)			
12	Local de entrada de agulhas relacionado ao uso médico.			
13	Tubo orotraqueal/Nasogástrico/Sonda Vesical			
14	Flebotomia/intracath (acesso venoso)/acesso arterial			
15	Lesões genitais, e/ou perianais			
16	Fígado aumentado			
17	Nódulos linfáticos aumentados			
18	Placas brancas na boca (monilíase)			
19	Tumorações (aumento de volume, massas, adenopatias)			
20	Achado ocular anormal			
21	Caquexia ou desnutrição			
22	Outras (descrever)			
23	Boa higiene pessoal			

SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO PARANÁ

Rua Barão do Rio Branco, 465 – 1º Andar – Centro – Curitiba - CEP 80010-180 – Paraná - Fone: (41) 3304-1900 Fax: (41) 3304-1909
www.saude.pr.gov.br / e-mail: sesatran@sesa.pr.gov.br / plantaocetpr@sesa.pr.gov.br

Página 4 de 12



NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR DE MORTE ENCEFALICA





NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR DE MORTE ENCEFALICA



Doador: _____ RGCT: _____

EXAME FÍSICO PARA DOADOR DE GLOBOS OCULARES/CÓRNEAS

	OLHO DIREITO			OLHO ESQUERDO		
	Sim	Não	Descrever	Sim	Não	Descrever
Refrigeração tópica						
Pálpebras fechadas						
Cicatriz						
Secreção						
Icterícia						
Edema palpebral						
Pterígio						
Melanoma						
Corpo estranho						
Desidratação						
Infecção ou inflamação						
Trauma						
Doador submetido a cirurgia ocular						
Outros:						
Achado ocular anormal						
Pálpebra superior						
Pálpebra inferior						
Conjuntiva						
Córnea						

Comentários Relevantes do Examinador

Assinatura do Responsável pelo Exame Físico



NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR DE MORTE ENCEFALICA



HISTÓRIA MÉDICA E SOCIAL DO DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Nome do Doador:		Data:		
Nome do Entrevistado:		Fone:		
Relação com Doador:				
Nome do Entrevistador:		Cargo/Função:		
Assinatura:		Fone/Celular:		
QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
01	Você acha que conheceu o doador suficientemente para responder perguntas pessoais a seu respeito?			
02	Qual a ocupação (trabalho) do doador?			
03	Qual o grau de escolaridade do doador?			
04	O doador era portador de alguma doença? (ex. câncer, tuberculose, hepatite, hipertensão, hemofilia, artralgia, edema articular, hiperemia conjuntiva, diabetes – especificar tipo I ou II) e diabetes em parente de 1º grau?			
05	Teve alguma enfermidade neurológica ou degenerativa? (ex. coreia, miastenia gravis, Creutzfeld-Jacob, panencefalite subaguda esclerosante, encefalite, encefalopatia, esclerose múltipla, Parkinson, Alzheimer)			
06	Foi hospitalizado ou fez algum tratamento de saúde nos últimos dois anos? Qual o motivo?			
07	Tomava algum medicamento regularmente? (ex. imunossupressor, corticosteróides, anti-hipertensivo, antidepressivo, insulina, anticoagulante, outros, ...)			
08	Fazia Quimioterapia ou Radioterapia? Há quanto tempo?			
09	Fez tratamento com hormônio de crescimento? E Qual?			
10	Foi submetido a transplante de órgãos ou tecido? Quando?			
11	Esteve exposto ou foi contaminado por algum tipo de substância tóxica nos últimos 12 meses? (cianeto, mercúrio, chumbo, ouro)			
12	Recebeu algum tipo de vacina ou reforço nos últimos 12 meses? Qual? Quando?			
13	Teve raiva ou foi mordido por algum animal recentemente?			
14	Realizou tatuagem, acupuntura, maquiagem definitiva, adereços corporais ou fez retoques? Se sim, especificar o tempo e local onde fez.			
15	Fazia hemodiálise crônica ou diálise peritoneal? Ou seu parceiro sexual? Qual?			
16	Consumia álcool regularmente? Há quanto tempo? Especifique o tipo.			
17	Fumava? Quanto? Há quanto tempo?			
18	Estava perdendo peso, com suores exagerados, febre contínua ou diarreia persistente nos últimos 12 meses? Causa conhecida?			
19	Residiu ou visitou regiões endêmicas de malária? (Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins) Quando?			
20	Apresentou sintomas de H1N1, dengue, Zika ou Chikungunya nos últimos 30 dias? (dor e/ou inchaço nas articulações ou vermelhidão nos olhos).			
21	Apresentava alguma doença sexualmente transmissível como sífilis, AIDS...?			
22	Fez uso de drogas injetáveis ou inalatórias ilícitas? Qual? Há quanto tempo?			
23	Aceitava dinheiro em troca de relações sexuais ou tinha relações com quem aceitava?			
24	Tinha muitos parceiros sexuais?			
25	Relacionava-se intimamente com pessoas do mesmo sexo?			
26	Relacionava-se com pessoas portadoras de doenças como hepatite, AIDS, sífilis ou outra infecção transmissível pelo sangue?			

SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO PARANÁ

Rua Barão do Rio Branco, 465 – 1º Andar – Centro – Curitiba - CEP 80010-180 – Paraná - Fone: (41) 3304-1900 Fax: (41) 3304-1909
www.saude.pr.gov.br / e-mail: sesatran@sesa.pr.gov.br / plantaocetpr@sesa.pr.gov.br



NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR DE MORTE ENCEFALICA



Doador: _____

RGCT: _____

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
27	O doador ou seus parceiros sexuais foram detidos nos últimos 12 meses? Por quanto tempo?			
28	Somente para doadores menores que 5 anos de idade			
	1. Estava sendo amamentado nos últimos 12 meses? Se sim, coletar sorologia da mãe			
	2. A mãe do doador (a) era portadora ou pertencia a grupo de risco para HIV ou hepatite?			
	3. Vacinas recentes? Quais? (anexar cópia da carteira de vacinação).			

DOADOR DE GLOBOS OCULARES/CÓRNEAS

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
01	O doador teve alguma doença nos olhos? (ex. Catarata, ceratocone, ceratoglobo, retinoblastoma)			
02	Fez alguma cirurgia nos olhos? (ex. cirurgia de miopia, pterígio)			
03	Teve algum trauma nos olhos?			
04	Teve algum tipo de infecção nos olhos? (ex. herpes ocular)			
05	Teve raiva ou foi mordido por algum animal recentemente ou recebeu vacina para raiva? Quando?			
06	Teve leucemia, linfoma ou algum outro tipo de tumor?			
07	Teve alguma doença viral como rubéola congênita, sarampo, caxumba?			

DOADOR DE CORAÇÃO PARA VALVAS

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
01	O doador teve alguma doença reumática ou autoimune? (ex. Lúpus, artrite reumatóide, diabetes tipo I, outra)			
02	Teve endocardite bacteriana ou fúngica?			
03	Tem Síndrome de Down, Edwards, Patau, Marfan?			
04	Teve doença em alguma das valvas do coração?			
05	Teve miocardiopatia viral?			
06	Fez alguma cirurgia cardíaca prévia?			
07	Tem história de moléstia reumática? Faz uso mensal de Benzetacil?			
08	Teve ferimento cardíaco penetrante?			
09	Fez uso de cateter intracavitário cardíaco?			
10	Teve trauma de tórax?			

DOADOR DE TECIDOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS (OSSOS)

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
01	O doador teve alguma doença reumática ou autoimune? (ex. Lúpus, artrite reumatóide, diabetes tipo I, outra)			
02	Fez alguma cirurgia ortopédica prévia ou apresentou alguma fratura?			
03	Foi submetido à biópsia de tumor ósseo?			
04	Teve osteomielite?			

DOADOR DE PELE

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
01	É colonizado por germes multirresistentes?			
02				

Comentários relevantes do entrevistador

Assinatura do entrevistador _____

SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO PARANÁ

Rua Barão do Rio Branco, 465 – 1º Andar – Centro – Curitiba - CEP 80010-180 – Paraná - Fone: (41) 3304-1900 Fax: (41) 3304-1909
www.saude.pr.gov.br / e-mail: sesatran@sesa.pr.gov.br / plantaocetpr@sesa.pr.gov.br



NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR DE MORTE ENCEFALICA



RELATÓRIO DE RETIRADA DE ORGÃOS

Data: ____/____/____ RGCT: ____ - ____		
Local de Retirada: _____		Cidade/UF: ____/____
Coordenador da Sala de Cirurgia: _____		CPF: _____
Doador: _____		ABO: ____ Sorologia: ____
Óbito (ME): Data: ____/____/____ Hora: ____:____		
Início Cirurgia: ____/____/____	Clampeamento: ____/____/____	Término: ____/____/____
Hora: ____:____	Hora: ____:____	Hora: ____:____

CORAÇÃO

☐ Sim	☐ Não	Pq. _____
Hospital/Serviço: _____		
01º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____
02º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____
Meio: _____	Qtd. ____ L Lote: _____	Validade: ____/____/____ Marca: _____

FÍGADO

☐ Sim	☐ Não	Pq. _____
Hospital/Serviço: _____		
01º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____
02º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____
Meio: _____	Qtd. ____ L Lote: _____	Validade: ____/____/____ Marca: _____

PÂNCREAS

☐ Sim	☐ Não	Pq. _____
Hospital/Serviço: _____		
01º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____
02º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____
Meio: _____	Qtd. ____ L Lote: _____	Validade: ____/____/____ Marca: _____

PULMAO

☐ Sim	☐ Não	Pq. _____
Hospital/Serviço: _____		
01º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____
02º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____
Meio: _____	Qtd. ____ L Lote: _____	Validade: ____/____/____ Marca: _____
Direito		Esquerdo

SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO PARANÁ

Rua Barão do Rio Branco, 465 – 1º Andar – Centro – Curitiba - CEP 80010-180 – Paraná - Fone: (41) 3304-1900 Fax: (41) 3304-1909
www.saude.pr.gov.br / e-mail: sesatran@sesa.pr.gov.br / plantaocetpr@sesa.pr.gov.br



NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR DE MORTE ENCEFALICA



Doador: _____ **RGCT:** _____

RIM

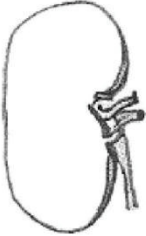
☐ Sim ☐ Não Pq. _____

Hospital/Serviço: _____

01º Cirurgião: _____ CRM: _____ Fone: _____
 02º Cirurgião: _____ CRM: _____ Fone: _____

Meio: _____ Qtd. _____ L Lote: _____ Validade: _____ / _____ / _____ Marca: _____

Faça um esquema dos vasos renais, patches, comprimentos e calibres:

Direito	Esquerdo
	
Início de Perfusão: _____ h _____ min	Início de Perfusão: _____ h _____ min
Perfusão: ☐ Boa ☐ Regular ☐ Ruim	Perfusão: ☐ Boa ☐ Regular ☐ Ruim
Artérias: _____ Veias: _____ Ureter: _____	Artérias: _____ Veias: _____ Ureter: _____

Solicitamos que, havendo dificuldades durante o processo de retirada dos órgãos, estas sejam descritas detalhadamente para conhecimento das equipes transplantadoras:

[illegible]

SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO PARANÁ

Rua Barão do Rio Branco, 465 – 1º Andar – Centro – Curitiba - CEP 80010-180 – Paraná - Fone: (41) 3304-1900 Fax: (41) 3304-1909
www.saude.pr.gov.br / e-mail: sesatran@sesa.pr.gov.br/plantaocetrp@sesa.pr.gov.br



NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR DE MORTE ENCEFALICA



RELATÓRIO DE RETIRADA DE TECIDOS

Data: ____/____/____ RGCT: ____ - ____	
Local de Retirada: _____	Cidade/UF: _____/____
Doador: _____	
Centro Cirúrgico: () SIM () NÃO	
Coordenador da Sala de Cirurgia: _____	CPF: _____
Óbito: _____	Data: ____/____/____ Hora: ____:____
Clampeamento (ME): _____	Data: ____/____/____ Hora: ____:____

RELATORIO DE RETIRADA DE TECIDO OCULARES

Serviço Responsável pela Retirada: _____
Nome do Profissional pela Retirada _____ Conselho: _____ Fone: _____
Encaminhando para BTOC : _____

Data da Retirada	Nº Tecidos/Globo Ocular	Córneas in situ
/ /		
Hora		
:		

RELATÓRIO DE RETIRADA DE CORAÇÃO PARA VALVAS

Data e Hora da Retirada: _____			
Serviço Responsável pela Retirada: _____			
01º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____	
02º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____	
Meio: _____	Fabricante: _____	Lote: _____	Validade: _____
Embalagem primária: _____	Fabricante: _____	Lote: _____	Validade: _____
Fio utilizado para lacrar a embalagem primária: _____	Fabricante: _____	Lote: _____	Validade: _____

Captado: Coração () Pericárdio () Vasos () Quais: _____

	SIM	NÃO	Especificar
Pericardite aguda ou crônica			
Ressuscitação cardiopulmonar			
Desfibrilação cardíaca			
Imersão do coração no soro gelado			Data: _____ Hora: _____
Acondicionamento do tecido na caixa térmica			Data: _____ Hora: _____

RELATÓRIO DE RETIRADA DE TECIDOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS

Data e Hora da Retirada: _____									
Serviço Responsável pela Retirada: _____									
01º Cirurgião: _____						CRM: _____	Fone: _____		
02º Cirurgião: _____						CRM: _____	Fone: _____		
TIPO	D	E	TIPO	D	E	TIPO	D	E	
UMERO			FIBULA			CALOTA CRANIANA			
FÉMUR			TIBIA			TENDÃO PATELAR			
TALUS			ULNA			HEMIPELVE			
RADIO			CRISTA ILIACA			OUTROS:			

SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO PARANÁ

Rua Barão do Rio Branco, 465 – 1º Andar – Centro – Curitiba - CEP 80010-180 – Paraná - Fone: (41) 3304-1900 Fax: (41) 3304-1909
www.saude.pr.gov.br / e-mail: sesatran@sesa.pr.gov.br / plantaocetpr@sesa.pr.gov.br



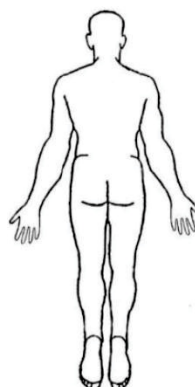
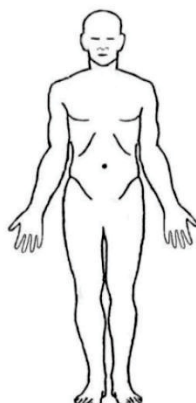
NOTIFICAÇÃO DE POTENCIAL DOADOR DE MORTE ENCEFALICA



RELATÓRIO DE RETIRADA DE PELE

Doador: _____ RGCT: _____

Profissional do BPH:					Cargo/função:				
Assinatura:					Data: / /			Hora:	
RETIRADA DE PELE:		☐ SIM	☐ NÃO	Pq.:					
Data e Hora da Retirada:									
Serviço Responsável pela Retirada:									
01º Cirurgião:					CRM:		Fone:		
02º Cirurgião					CRM		Fone:		
TIPO	D	E	TIPO	D	E	TIPO	D	E	
ANTERIOR			POSTERIOR			OUTROS:			
SUPERIOR			SUPERIOR						
INFERIOR			INFERIOR						



Descrição Cirúrgica

Entrega do Corpo para Família

Horário: _____ : _____

Responsável Entrega _____

Responsável Recebimento _____

SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO PARANÁ

Rua Barão do Rio Branco, 465 – 1º Andar – Centro – Curitiba - CEP 80010-180 – Paraná - Fone: (41) 3304-1900 Fax: (41) 3304-1909
www.saude.pr.gov.br / e-mail: sesatran@sesa.pr.gov.br / plantaocetpr@sesa.pr.gov.br