

TÂNIA DUBOU HANSEL

**PROCESSO DE RE-SIGNIFICAÇÃO ÉTICA DO TRABALHO NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA FRENTE AO PACIENTE E
FAMILIAR POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS**

FLORIANÓPOLIS, SC

Maió/2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

**PROCESSO DE RE-SIGNIFICAÇÃO ÉTICA DO TRABALHO NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA FRENTE AO PACIENTE E
FAMILIAR POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS**

TÂNIA DUBOU HANSEL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

ORIENTADORA: Dr^a FLÁVIA REGINA SOUZA RAMOS
CO-ORIENTADORA: Dr^a ROSA MARIA BRACINI GONZALES

Florianópolis, maio de 2002.

Florianópolis, 29 de maio de 2002

**PROCESSO DE RE-SIGNIFICAÇÃO ÉTICA DO TRABALHO NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA FRENTE AO PACIENTE E
FAMILIAR POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS**

TÂNIA DUBOU HANSEL

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de

Mestre em Enfermagem

E aprovada em sua forma final, em 29 de maio de 2002, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dr^a Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a Flávia Regina Souza Ramos
Presidente

Dr^a Beatriz Beduschi Capella
Membro

Dr^a Ana Lúcia Cardoso Kirchhof
Membro

Dr^a Vânia Marli Schubert Backes
Suplente

Dedico este trabalho:

*Aos meus filhos **Mariana** e **Fernando**, que compartilham comigo a convivência em família e o gosto pela vida e a convicção de que cada um deve construí-la, respeitando sua singularidade e individualidade na transformação de seus sonhos em realidade, superando seus próprios limites para nos tornarmos, a cada dia, mais fortes e melhores, pensando num mundo melhor no qual todas as pessoas possam viver dignamente.*

*Ao meu esposo **Adilson**, companheiro das caminhadas desta vida, que tem estado ao meu lado, criando possibilidades para a superação de desafios. Agradeço as palavras amigas, o afeto, o respeito à minha individualidade e a compreensão de minhas escolhas, incentivando-me a prosseguir nesta caminhada.*

*Aos meus pais, **Frederico** e **Elvira**, pela dedicação, pelo carinho, pelo esforço e pela presença constante na caminhada da vida.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter oferecido a vida, pela fé que conforta o meu coração, dando-me força para realizar este trabalho, ocupando um lugar importante, intensamente presente em tudo o que faço, principalmente nos momentos de dificuldades e aflições.

Às orientadoras, **Profª Flávia Regina Souza Ramos e Profª Rosa Maria Bracini Gonzales**, pela dedicação, sabedoria e competência. Pela confiança e esperança que demonstraram ter em mim, conduzindo-me em busca de novos saberes e novas possibilidades de construção deste estudo. Pela amizade e companheirismo nesta caminhada, compartilhando comigo este crescimento pessoal e profissional.

Aos **colegas da UTI**, pela compreensão, participação e incentivo dispensados a mim, com consciência crítica e disposição para crescermos como equipe, respeitando profundamente o ser humano - trabalhador-paciente-família. Obrigado por terem a disponibilidade para participar deste processo de construção de conhecimento que ousou vislumbrar uma melhoria para o trabalho da Equipe de Trabalhadores de Saúde de Terapia Intensiva.

À **Profª Maria Tereza Leopardi**, pelo incentivo em empreender o curso de mestrado, pela disponibilidade, dedicação e competência, mantendo a interação entre professores e alunos com diálogo estimulante e esclarecedor.

À **Profª Vera Real Lima Garcia**, coordenadora do Curso de Mestrado Interinstitucional em Enfermagem de Santa Maria, pelo empenho e competência, proporcionando possibilidades de crescimento aos enfermeiros assistenciais.

À psicóloga **Marta de Oliveira**, colega e parceira no trabalho de Prática Assistencial, auxiliando-me com sua competência, amizade e disponibilidade no alcance dos objetivos propostos para este trabalho.

À amiga **Silviamar Camponogara**, pelas palavras de amizade e incentivo para o meu crescimento pessoal e profissional. O teu apoio e a participação como orientadora na Especialização em Projetos Assistenciais de Enfermagem disponibilizou-me “*um voar mais alto*”, concretizando o curso de mestrado.

Aos **professores do Curso de Mestrado**, pela dedicação, companheirismo, pelos ensinamentos e incentivos nesta caminhada e por terem solidificado os ideais do enfermeiro.

Às **colegas do Curso de Mestrado**, pelo companheirismo, pelo convívio prazeroso de nossas idas e vindas de Florianópolis e Santa Maria. Pelas brincadeiras, pelos incentivos, pelas confidências, pelos sonhos e pelas conquistas.

Aos **meus irmãos Suzane e Sérgio** (*in memoriam*), pelo carinho, pelo estímulo e compreensão. A força, a solidariedade e as lições de fé estimularam a concretizar os meus sonhos. **Sérgio**, mesmo ausente neste plano, continuas um amigo fraterno, meu anjo da guarda.

À **coordenadora da Clínica Médica Enf^a Marlene Rodrigues**, pelo apoio e incentivo neste crescimento pessoal e profissional.

Aos **autores dos livros** aqui referenciados, meu muito obrigado por dividir comigo seus saberes.

A **todas as pessoas** que de uma forma ou de outra fizeram parte dessa história, meus agradecimentos.

PROCESSO DE RE-SIGNIFICAÇÃO ÉTICA DO TRABALHO NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA FRENTE AO PACIENTE E
FAMILIAR POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS

RESUMO

O estudo buscou compreender as percepções e concepções sobre a doação de órgãos manifestas no saber e fazer dos trabalhadores de saúde que atuam numa Unidade de Terapia Intensiva de um hospital escola do Rio Grande do Sul, no cuidado frente ao paciente e familiar potencial doador de órgãos. O processo de análise fundamentou-se no referencial teórico dos princípios da bioética- *beneficência, autonomia e justiça*. Tratou-se de uma pesquisa exploratória descritiva, em que dados obtidos através de oficinas educativas dirigidas ao grupo de profissionais, de 28 entrevistas abertas e de uma observação ilustrativa foram submetidos a análise temática. Partindo de pressupostos iniciais e comprovados neste estudo, foram evidenciados conflitos entre as referências e reflexões pessoais e as posturas técnico-científicas na atuação junto ao familiar e ao paciente potencial doador de órgãos. A subjetividade do trabalhador de saúde pode manifestar-se por sentimentos e reações que são influenciadas e permanentemente re-elaboradas de acordo com deveres pessoais e valores subjetivos complexos, relacionados à cultura, ética, religião, filosofia existencial e compromisso profissional, definindo o perfil pessoal e profissional. Destacou-se a necessidade de um melhor preparo técnico-científico e emocional do profissional para trabalhar face a dor, o sofrimento e a morte e, conseqüentemente, para manter uma relação interpessoal simétrica e fortalecedora entre os envolvidos no processo de doação. O compromisso profissional e a busca de uma prática ética no contexto da assistência à família potencial doadora, do paciente e de toda a equipe, estão permeados pelo respeito aos princípios da bioética. Percebeu-se que o trabalho educativo reflexivo dialógico, focalizado nas experiências, valores e ações inerentes ao próprio trabalho, contribui para que esses trabalhadores possam prestar um cuidado qualitativamente diferenciado ao paciente e familiar potencial doador de órgãos. Neste campo assistencial em que a tecnociência mostra-se avançada e promissora, evidenciou-se um profissional da saúde de terapia intensiva enfrentando conflitos existenciais e alguns dilemas complexos, que dele exigem posicionamentos técnicos e éticos, ao mesmo tempo em que requerem das instituições a promoção de apoio psicológico e estratégias educativas permanentes.

ABSTRACT

PROCESS OF ETHICAL RE-SIGNIFICATION OF THE WORK IN THE INTENSIVE THERAPY UNIT CONCERNING THE PATIENT AND FAMILY POTENTIAL ORGAN DONATOR

The study attempted to apprehend the perceptions and conceptions about organ donation, manifested in the knowing and doing of the health workers who perform in the Intensive Care Unit of a school hospital of Rio Grande do Sul, in the care concerning the patient and family potential organ donor. The process of analysis was fundamented in the theoretical referential of beneficence-bioethics, autonomy and justice. It was a descriptive exploratory research, in which data obtained through educative workshops targeted at the group of professionals, resulting from 28 open interviews and an illustrative observation were submitted to the thematic analysis. Starting from beginning presuppositions proved in this study, there were evidenced conflicts between the references and personal reflections and the technical-scientific attitudes in the performance concerning the family and the patient potential organ donor. The subjectivity of the health worker can be manifested through feelings and reactions that are influenced and permanently re-elaborated according to personal duties and complex subjective values, related to the culture, ethics, religion, existential philosophy and professional commitment, defining the personal and professional profile. It was highlighted the necessity of a better technico-scientific and emotional qualification of the professional to work facing pain, suffering and death and, consequently to maintain a symmetrical interpersonal and strengthener relation among the ones involved in the process of donation. The professional commitment and the search for an ethical practice in the context of the support to the potential donor family, of the patient and of all the team, are permeated by the respect to the principles of bioethics. It was observed that the dialogic educative reflexive work, focused on the experiences, values and actions inherent to the work itself, contributes to the fact that these workers are able to provide a qualitatively differentiated care to the patient and potential organ donor family. In this supportive field in which technoscience shows itself as advanced and promising, it was evidenced a health professional of intensive therapy facing existential conflicts and some complex dilemmas, which require from him/her ethical and technical positions, at the same time that they demand from the institutions the promotion of psychological support and permanent educative strategies.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| LISTA DE APÊNDICES | ix |
| LISTA DE ANEXOS | x |
| CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO | 1 |
| CAPÍTULO II – REVISÃO DE LITERATURA | 8 |
| 2.1 Surgimento da ética | 8 |
| 2.2 Bioética: conceito e evolução | 10 |
| 2.3 Diferentes paradigmas da bioética | 14 |
| 2.3.1 O paradigma principialista | 14 |
| 2.3.2 O paradigma literário | 14 |
| 2.3.3 Paradigma das virtudes | 14 |
| 2.3.4 O paradigma casuístico | 15 |
| 2.3.5 O paradigma fenomenológico e hermenêutico | 15 |
| 2.3.6 O paradigma narrativo | 15 |
| 2.3.7 O paradigma do cuidado | 16 |
| 2.3.8 Paradigma do direito natural | 16 |
| 2.3.9 O paradigma contratualista | 17 |
| 2.3.10 Paradigma antropológico personalista | 17 |
| 2.4 Princípios da bioética | 18 |
| 2.5 Bioética na enfermagem | 22 |
| 2.6 Bioética na medicina | 26 |
| 2.7 Bioética na doação de órgãos | 29 |
| 2.7.1 Aspecto religioso | 32 |
| 2.8 Código de ética da Enfermagem e da Medicina e sua relação com a doação e transplante de órgãos | 35 |
| 2.9 Conceito e protocolo de morte encefálica | 38 |
| 2.9.1 Lei Brasileira de Doação de Órgãos | 41 |
| 2.10 Reflexões do cotidiano do trabalhador de saúde | 42 |
| CAPÍTULO III – PERCURSO METODOLÓGICO | 47 |
| 3.1 Cenário do estudo | 47 |
| 3.2 Local do estudo | 48 |
| 3.3 Sujeitos do estudo | 49 |
| 3.4 Tipo de estudo | 49 |
| 3.5 Coleta de dados | 51 |
| 3.5.1 Primeira etapa | 51 |
| 3.5.2 Segunda etapa | 52 |

| | |
|---|-----|
| 3.6 Análise dos dados | 54 |
| 3.7 Aspectos éticos | 56 |
| | |
| CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS | 57 |
| 4.1 O sujeito trabalhador em seu encontro consigo mesmo | 58 |
| 4.2 O sujeito – trabalhador em seu encontro com o próprio trabalho | 76 |
| 4.3 Morte, doação e transplante – sob a ótica do trabalhador de saúde | 90 |
| 4.4 Princípios da bioética e a relação com o trabalho cotidiano | 101 |
| 4.4.1 O princípio da beneficência | 101 |
| 4.4.2 O princípio da autonomia | 110 |
| 4.4.3 O princípio da justiça | 115 |
| | |
| CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS | 120 |
| | |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 126 |
| | |
| APÊNDICES | 131 |
| | |
| ANEXOS | 135 |

LISTA DE APÊNDICES

| | |
|--|-----|
| APÊNDICE A – Quadro 1: Proposições formais da prática assistencial | 132 |
| APÊNDICE B – Pergunta Aberta | 133 |
| APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido | 134 |

LISTA DE ANEXOS

| | |
|---|-----|
| ANEXO A – Protocolo de morte encefálica | 136 |
|---|-----|

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Os avanços técnico científicos na área da saúde levam a preocupações cada vez mais crescentes com os aspectos bioéticos, despertando a necessidade de reflexões no agir profissional, principalmente em unidade de internação crítica, como a de terapia intensiva (UTI).

Essa unidade de internação é altamente especializada, possuindo uma dinâmica operacional e um ambiente bastante diferenciado de outros serviços hospitalares, influenciando, assim, no comportamento da equipe de trabalho. É neste ambiente que os profissionais podem, involuntariamente, supervalorizar as práticas técnicas, os equipamentos sofisticados, tornando a assistência racional e tecnicista. Esses comportamentos podem ter origem na tensão permanente que esses trabalhadores vivenciam, devido à ocorrência de doenças graves e à permanência em um ambiente fechado, por longas horas, fazendo com que as relações humanas entre equipe e paciente se tornem frias e fragmentadas, fruto do estresse, sofrimento e desmotivação.

A equipe profissional que atua em UTI defronta-se com situações limítrofes de vida/morte, onde os próprios profissionais podem tornar-se desumanos, em decorrência da necessidade de desenvolverem perspicácia na observação, rapidez, precisão e eficiência no atendimento ao paciente em estado crítico.

Não estou questionando o valor da tecnologia e seu uso para a manutenção da vida humana, mas a forma como é utilizada essa tecnologia. Nessa abordagem do processo de atuação do profissional da saúde, deve-se visar à assistência do paciente como uma totalidade, em relação com um contexto social com múltiplas dimensões, como as culturais e econômicas, resgatando alternativas para melhorar a sua qualidade de vida, buscando também a satisfação, a valorização do ser humano, bem como a motivação pelo trabalho.

Frente a tantos questionamentos éticos, o tema 'doação e transplante de órgãos' mostra-se atual e conflituoso, visto que os profissionais da saúde da unidade de terapia intensiva-adulto, apresentam diferentes concepções de valores, de crenças sociais, religiosas, filosóficas, culturais, podendo repercutir nas ações cotidianas e nas relações com a família e o paciente.

Considerando essas questões, pergunto: a equipe multiprofissional que atua na UTI está preparada para trabalhar com o paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos? Para esses profissionais, qual é o significado da decisão e do preenchimento do protocolo técnico de morte encefálica? E como se dão as relações pessoais entre a equipe e a família, na abordagem para solicitação de consentimento de doador de órgãos? Esses procedimentos técnicos correspondem ao universo de significações do sofrimento, da dor e da morte? Que outros sentimentos são despertados no trabalhador da saúde, pelo cuidado com o paciente potencial doador de órgãos e qual sua relação com as concepções éticas, morais e religiosas? **Que influências a formação pessoal e os princípios da bioética provocam na prática profissional dos trabalhadores intensivistas frente à família e paciente potencial doador de órgãos?**

Nesse contexto de trabalho, faz-se necessário oportunizar momentos de reflexão e compartilhamento de experiências vivenciadas entre os trabalhadores da saúde, visando à valorização do ser humano nas relações de cuidado entre equipe multiprofissional-paciente-família, considerando que os trabalhadores que atuam na UTI vivem situações de estresse, sofrimento e angústia.

As questões éticas e conflitos cotidianos relacionados aos valores pessoais dos profissionais, algumas vezes antagonizados pelos valores dos pacientes e familiares, estimulam reflexões que devem ser compartilhadas e desenvolvidas continuamente entre os trabalhadores da saúde, buscando reafirmar o compromisso profissional, social e a responsabilidade entre os envolvidos nesse processo. Como devo agir? Como profissional da saúde, devo conciliar o agir profissional, respeitando os princípios da bioética e os princípios norteadores da profissão?

Para isso, torna-se importante restabelecer relações de confiança entre os envolvidos, através de práticas educativas dialogadas que valorizem a autopercepção, pela capacidade de compreender o outro e a si próprio, do reconhecimento da subjetividade, da sensibilidade para perceber a si próprio e aos outros como integrantes da equipe de trabalho e comprometidos com o bem comum. As reflexões sobre as

percepções, os significados e a representatividade social do saber e fazer da enfermagem e da medicina abre espaço para a equipe visualizar uma outra ética, diferente do enfoque científico, racional e fragmentado.

Segundo Ramos (1995, p. 61),

[...] o estudo da ética encontra-se, ainda, muito restrito, pois os profissionais da enfermagem (e da medicina) trabalham com as questões tidas como tradicionais: aborto, eutanásia, distanásia, estando alheios aos problemas sociais e políticos do indivíduo e da coletividade.

Essa compreensão ética contempla a solidariedade, a responsabilidade, o compromisso e o respeito à dignidade humana.

É nessa perspectiva que se tenta alargar o campo da ética/bioética para a prática do cotidiano dos profissionais da saúde. Nesse sentido, Berlinguer reafirma a complexidade da bioética, com questões que ultrapassam as fronteiras da vida, envolvendo o cotidiano dos trabalhadores e do cidadão, com o uso de novas tecnologias e de procedimentos técnicos para a área da saúde.

Essa realidade é complexa e muitas vezes divergente, em que os valores culturais, religiosos, sociais, profissionais e científicos geram contradições e conflitos. Pensando nisso, neste trabalho ressalto os princípios da bioética – *beneficência, autonomia e justiça*, por considerá-los os mais conhecidos e que, portanto, seriam mais relacionados à fundamentação dos valores éticos e morais do saber e do fazer da enfermagem e da medicina, delimitando e orientando para as ações do certo e do errado, do bem e do mal para com o outro.

A assimetria das relações interpessoais entre equipe-paciente-família e a valorização acentuada do saber técnico-científico com banalização do sofrimento, da dor e da morte, podem repercutir na despersonalização do cuidado e na desumanização da assistência ao paciente e familiar doador de órgãos.

Permeado pelas questões problematizadas, apresento alguns **pressupostos** iniciais ao tema estudado:

- há divergências entre referências/reflexões pessoais e posturas técnico-profissionais dos trabalhadores de saúde, ao atuarem frente à situações que envolvem a doação de órgãos;

- há dificuldade e possível despreparo técnico-científico e emocional para trabalhar com a dor, o sofrimento e a morte e, conseqüentemente, de manter uma relação interpessoal simétrica e fortalecedora entre os envolvidos no processo de doação;
- a posição do sujeito-trabalhador nas atividades de doação está influenciada e permanentemente re-elaborada de acordo com deveres pessoais e valores subjetivos complexos, relacionados à cultura, ética, religião, filosofia existencial e compromisso profissional;
- o trabalho educativo reflexivo dialógico contribui para que os trabalhadores de saúde prestem um cuidado ao paciente e familiar potencial doador de órgãos de maneira diferenciada.
- Os trabalhadores da saúde reconhecem os dilemas enfrentados pelos familiares que vivem situação de perda iminente de um membro potencial doador de órgãos.

Considero importante elucidar alguns **conceitos** aplicados neste trabalho, facilitando a compreensão do percurso teórico-metodológico do mesmo, principalmente porque uma etapa importante deste estudo foi desenvolvida em contato direto com os sujeitos trabalhadores, através de uma proposta de trabalho educativo que também subsidiou a coleta dos dados analisados.

Assim, foi fundamental partir de alguns entendimentos básicos, norteadores deste estudo, tais como o conceito de **ser-doador de órgãos**, visto como o ser humano que, por consentimento próprio ou de seu familiar, doa seus órgãos quando da confirmação de morte encefálica, como uma maneira de expressar seu sentimento de solidariedade e amor pela vida. Este ato envolve o ser potencial doador de órgãos e sua família, como gesto de manutenção da vida através de outra vida. A lei brasileira assegura aos familiares o direito do consentimento informado para a doação de órgãos.

O trabalhador da saúde é o profissional capacitado e comprometido com o processo de cuidar na vida e na morte, a partir das experiências e vivências entre trabalho/trabalhador/paciente/família, envolvendo um processo que requer conhecimento técnico-científico, habilidade técnica, sensibilidade e ética em busca do crescimento mútuo.

O relacionamento interpessoal é mantido entre seres humanos, sendo uma relação percebida com intencionalidade, que compreende encontro, presença, compartilhamento de experiências de valores éticos, sociais, culturais e espirituais. Somente se estabelece um relacionamento humano quando cada participante percebe o outro como ser humano único. Durante o relacionamento, cada participante tem consciência do que acontece e, baseado em confiança mútua, proporciona ambiente seguro, onde cada um pode ir ao encontro do outro como ser autêntico. Só se estabelece uma relação quando cada participante se compromete emocionalmente com o outro, caso contrário o relacionamento não será efetivo e se tornará nocivo para ambos.

O relacionamento é estabelecido quando o profissional da saúde e a pessoa que recebe seus cuidados alcançam uma cumplicidade depois de terem passado os estágios do encontro original, das identidades emergentes, da empatia e da solidariedade (TRAVELBEE, 1982).

Bioética é o estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, enquanto essa conduta é examinada à luz de valores e princípios morais. A bioética abarca a ética médica, porém não se limita a ela. A ética médica, em seu sentido tradicional, trata dos problemas relacionados com os valores surgidos da relação entre médico e paciente. A bioética constitui um conceito mais amplo, com quatro aspectos importantes:

- compreende os problemas relacionados com valores que surgem em todas as profissões de saúde, inclusive nas profissões ‘afins’ e nas vinculadas à saúde mental.
- Aplica-se às investigações biomédicas e às do comportamento, independentemente de influírem ou não de forma direta na terapêutica.
- Aborda uma ampla gama de questões sociais, as quais se relacionam com a saúde ocupacional e internacional e com a ética do controle da natalidade, entre outras.
- Vai além da vida e da saúde humana, pois compreende questões relativas à vida dos animais e das plantas, por exemplo, no que concerne às experimentações com animais e a demandas ambientais conflitivas (PESSINI & BARCHIFONTAINE, 2000, p. 32).

Sufrimento é um sentimento de desprazer que abrange desde o simples desconforto transitório mental (físico ou espiritual), a angústia extrema, a fase além da angústia, como a fase nociva do ‘não me importo’ e a fase terminal da indiferença apática. É uma experiência solitária e própria de cada ser e experienciada de forma distinta por cada pessoa e de difícil medição de intensidade (TRAVELBEE, 1982).

Doação de órgãos é a atitude de aceitação da finitude humana e do compartilhamento solidário com o outro. Respeitando suas concepções, permite 'a continuidade da vida' em outro corpo através dos órgãos transplantados. É um ato de amor e respeito às crenças religiosas e culturais de uma pessoa, família e sociedade.

Processo de definição da morte é a atitude que legitima os trabalhadores da saúde e em especial o médico na confirmação da morte de um ser humano, através de critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina.

Família é entendida como uma unidade dinâmica, constituída por pessoas que se percebem como família, com certo tempo de convívio, constituindo uma história de vida. Os membros estão unidos por laços de adoção, afetividade ou consangüinidade (BECK 1999).

Como **objetivo geral** deste estudo busquei **compreender as percepções e concepções sobre a doação de órgãos no saber e fazer dos trabalhadores de saúde da UTI adulto no cuidado ao paciente e ao familiar potencial doador de órgãos à luz dos princípios da bioética.**

Os **objetivos específicos** são:

- conhecer a experiência vivencial dos trabalhadores no cuidado ao paciente e familiar potencial doador de órgãos através do desenvolvimento de uma Prática Assistencial Educativa;
- identificar a influência dos princípios da bioética no saber e fazer dos profissionais da saúde, no cuidado com o paciente e familiar potencial doador de órgãos;
- conhecer os dilemas éticos enfrentados pelos profissionais no processo de doação de órgãos.

Após esta delimitação do objeto e objetivos do estudo, no segundo capítulo apresento a revisão de literatura, em que busco fundamentação para o tema exposto, com vários autores que abordam as questões da bioética e as influências no cotidiano dos profissionais da saúde; os princípios da bioética; a doação de órgãos e o papel do enfermeiro e do médico no cuidado ao paciente potencial doador de órgãos; o Código de Ética médico e da enfermagem; o protocolo técnico para diagnóstico de morte encefálica e os seus significados para os trabalhadores da saúde.

No terceiro capítulo, transcrevo o percurso metodológico desenvolvido para o alcance dos objetivos estabelecidos.

No quarto capítulo descrevo a parte central desta dissertação, com a análise dos dados das entrevistas, da prática assistencial educativa e da observação ilustrativa, voltada para a compreensão e significação da experiência do ser humano-trabalhador de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva, com suas percepções, concepções e vivências junto ao paciente e familiar potencial doador de órgãos.

O quinto capítulo reservo às considerações finais e reflexões conclusivas sobre o tema estudado.

CAPÍTULO II

REVISÃO DE LITERATURA

Visando adquirir maior conhecimento e capacidade para desenvolver o projeto de dissertação com os trabalhadores da saúde da Unidade de Terapia Intensiva - Adulto, através da compreensão das percepções e concepções expressas/manifestas no saber e fazer desses profissionais frente ao paciente e familiar potencial doador de órgãos e a relação com os princípios da bioética, fez-se necessário buscar um referencial teórico fundamentado em autores como: Germano (1994), Gelain (1995), Leopardi (1999), Ramos (1999), Gonzales (1999), Beck (1999), Selli (1999), Segre & Cohen (1999), Oselka (1999), Pessini & Barchifontaine (2000), Clotet (2000), entre outros.

2.1 Surgimento da ética

A ética, em seu sentido geral, designa a ciência que estabelece as normas que fundamentam a conduta do indivíduo. Segundo Prudente (2000), é dividida em: a) descritiva e analítica e b) normativa geral e aplicada.

A ética descritiva trata as proposições éticas como fatos sociais. O sociólogo Émile Durkheim, citado por Prudente (2000, p. 82), define que “é um fato social toda a forma de agir, pensar e sentir, capaz de estabelecer sobre o indivíduo uma coerção exterior”. Portanto, em seu conteúdo empírico, não se faz juízo de valor e sim descreve-se um fenômeno histórico e social.

A ética normativa geral, segundo Prudente (2000, p. 77), está relacionada a normas de condutas com ampla abrangência e validade. A aplicada destina-se a problemas práticos e conflituosos como aborto, eutanásia, transplante de órgãos. “É uma ciência prática que ordena como devemos praticar nossa conduta (agir), com relação aos

demais membros da coletividade”. Seus princípios, valores e prescrições buscam fundamentar a conduta humana.

No pensamento de Aristóteles (384 – 322 a. C.), a ética faz parte da política, pois que ambas legislam sobre o que devemos ou não fazer para atingir o bem humano. Prudente (2000, p.78) refere que “se a ética legisla sobre o que devemos ou não fazer para atingirmos o bem, então legisla sobre os meios necessários para atingir tal fim”. Essa ética é essencialista ou metafísica, sendo a felicidade, na visão aristotélica, existir “fora do mundo natural dos indivíduos: existe apenas no mundo da pólis”.

A ética de Platão (429 – 347 a.C.) é metafísica ou das virtudes, porque as virtudes são funções da alma humana e a virtude que compreende todas as demais é a justiça. Nesta compreensão, a prática da virtude é ascese (limitação dos desejos e renúncia do prazer), que retira o indivíduo do mundo animal e o torna membro humano.

Os estudos de São Tomás de Aquino (1225 – 1274), citados por Prudente (2000, p.78), defendiam que “Deus é o fim último no homem, toda sua ética; como uma ética de felicidade humana que se realiza em Deus. Toda a ética cristã se fundamenta no mandamento divino”.

Um dos maiores pensadores da história do ocidente foi Immanuel Kant (1724 – 1804). Sua filosofia crítica procura estabelecer as bases objetivas da capacidade humana de conhecer o mundo natural e o social. Segundo Kant, conhecer é fabricar ou construir o real por meio do próprio pensamento. É a transformação das coisas pelo nosso modo de pensar, na racionalidade, guiando-nos na nossa conduta prática. A filosofia Kantiana enaltece a ética antropocêntrica. Devemos a Kant, a defesa da liberdade e da autonomia do ser humano, influenciando profundamente a ética e a ciência moderna, mesmo que filiada à ética das convicções (PRUDENTE,2000).

A ética dos motivos, consequencialista ou da responsabilidade, como também é chamada, parte do pressuposto que se deve conhecer os verdadeiros motivos que guiam o ser humano. A ética dos motivos deu origem ao utilitarismo e à ética da responsabilidade. Prudente (2000, p .80) refere que o utilitarismo surge com David Hume (1711 – 1776), que sugere que “é boa a conduta que proporciona felicidade e satisfação à sociedade e a utilidade agrada porque corresponde a uma necessidade ou tendência natural: a que inclina o homem a promover a felicidade dos seus semelhantes”. O ato moral, segundo Hume, citado por Prudente, tem dois elementos distintos: a razão nos

instrui sobre as diversas direções da ação, a humanidade nos faz estabelecer a distinção em favor daqueles que são úteis e benéficos. Ou seja, a razão busca os fins desejados para a ação. O utilitarismo fortifica uma ética consequencialista, isto é, prioriza um resultado através de uma ação humana ética.

A ética dos motivos ou da responsabilidade tem como criador o sociólogo alemão Max Weber (1864 – 1920). A conduta da responsabilidade ética estabelece prestação de contas nos atos cometidos, diferentemente da ética dos objetivos finais, em que o ‘cristão faz o bem e deixa os resultados ao Senhor’ (PRUDENTE, 2000).

No desenvolvimento da civilização, tivemos fortes influências de pensadores e estudiosos sobre o tema ‘ética’, com modelos culturais, sociais, políticos, religiosos que persistem até nossos dias, fortalecendo várias correntes de pensamento e da prática médica.

2.2 Bioética: conceito e evolução

A bioética começa a sua história através dos estudiosos Van Rensselaer Potter, oncologista norte-americano, da Universidade de Wisconsin (WI), que cunhou o neologismo *bioethics* em um artigo publicado em 1970; e pelo pesquisador Andre Hellegers, do Instituto Kennedy de Bioética, em Washington (DC), que utilizou em 1971 a expressão *bioethics*. Segundo literatura consultada, outro grupo de historiadores considera a bioética a partir da promulgação do Código de Nuremberg (1948), após o final da Segunda Guerra Mundial, devido às atrocidades cometidas pelo nazismo.

Segundo Pessini & Barchifontaine (2000), a bioética foi definida por Potter como a ‘ciência da sobrevivência humana’, para promover e defender a dignidade humana e a qualidade de vida, ultrapassando as fronteiras do homem para trabalhar o ambiente ecológico e cósmico. Nessa definição, segundo Fortes (1994, p.129), a bioética é eminentemente multidisciplinar e compreende “o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que essa conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais”. Segundo o autor, as discussões e reflexões sobre o comportamento ético devem apresentar um enfoque com responsabilidade social e ampliação dos direitos da cidadania.

No enfoque do conceito de Bioética, houve algumas modificações referidas pela *Encyclopedia* (1995, 2.ed) e citadas por Pessini & Barchifontaine (2000), não fazendo mais referência aos 'valores e princípios morais' e sim utilizando uma variedade de 'metodologias éticas num contexto multidisciplinar'. Segundo os autores, a mudança e não uso dos termos 'valores e princípios' fundamentam o pluralismo ético atual na área da bioética.

A bioética surgiu no meio de pesquisas, nos laboratórios de experimentação, fundamentando os cientistas nos avanços tecnocientíficos e seus reflexos éticos para a sociedade. Ela foi criada para responder aos cidadãos que procuram referências nos avanços por vezes vertiginosos das ciências da vida e da saúde, aos pesquisadores teóricos e práticos que se sentem envolvidos em seus trabalhos.

Em nível mundial, a França foi um dos primeiros países do mundo a adotar leis de bioética, com a missão de dar pareceres sobre os problemas éticos levantados pelo progresso do conhecimento no campo da biologia, da medicina e da saúde.

No Brasil, contamos com duas comissões relacionadas com ética/bioética, com atribuições específicas: a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio) no Ministério da Ciência e Tecnologia e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) no Ministério da Saúde. Conforme Pessini & Barchifontaine (2000, p. 14), "há uma necessidade de constituir-se uma Comissão Nacional de Bioética para assegurar o governo na normalização legislativa e no aconselhamento sobre assuntos éticos de interesse público", como saúde pública, exclusão social, racismo, entre outros.

Com a aprovação da Resolução 196/96 (Conselho Nacional de Saúde), sobre pesquisa envolvendo seres humanos, cria-se "uma esperança de construção de uma nova cultura ética respeitadora do ser humano" e da dignidade humana (PESSINI & BARCHIFONTAINE).

O espaço da bioética no mundo ocupa três posições distintas, segundo Changeux (1999): a posição tecnicista, fundamentada nos benefícios do desenvolvimento tecnocientífico; a posição chamada de abstencionista, que se fundamenta no medo da manipulação genética, das dependências química e psicológica das condutas, sendo neste aspecto salientada a questão dos limites (prudência) e responsabilidade da tecnociência para a humanidade; a terceira posição investe no debate ético, numa perspectiva humanista e pluralista que ultrapassa as concepções religiosas e filosóficas. Seu objetivo, segundo Changeaux (1999, p. 25), é "o de conciliar as grandes

contribuições que as ciências biológicas e médicas oferecem ao indivíduo e à sociedade com o respeito à dignidade do ser humano, do seu corpo e das suas liberdades individuais”.

As questões éticas são conflituosas, pois fazem emergir diversidades culturais e diferenças de opiniões religiosas, políticas e sociais. Neste aspecto o debate ético não é apenas pluralista na sua forma, mas na natureza de suas referências éticas. Isso caracteriza a natureza da ética em ser relativa e não absoluta, pois depende do lugar, do tempo, do contexto cultural em que se insere e da sensibilidade dos envolvidos.

Esse pluralismo cultural e moral exige a elaboração de diretrizes e pareceres de bioética com princípios morais compartilhados pelas correntes filosóficas e religiosas: o respeito aos direitos do homem, generosidade, autonomia, justiça, inviolabilidade e caráter não patrimonial do corpo humano (CHANGEUX, 1999).

O universalismo ético/bioético não significa a uniformização de pensamentos e culturas, porque o universal existe em cada caso particular, o ser humano é singular e os interesses da coletividade são dinâmicos e sofrem mutações. O progresso alcançado pelas ciências biológicas estimulou a multiplicação de comitês éticos por todo o mundo, a ampliação dos temas discutidos em revistas especializadas e o interesse de governos e instituições públicas, privadas e religiosas.

Dessa forma, os estudos permitem ampliar os limites tradicionais da bioética, que tratam de problemas do progresso biomédico desenfreado dos últimos anos e avançar na conceituação de uma nova bioética, que trabalha com outros temas. Segundo Garrafa (1998), a bioética está classificada em ‘bioética das situações persistentes’, que analisa os temas cotidianos referentes à vida das pessoas e que se mantém desde o Velho Testamento, como a exclusão social, aborto, eutanásia, racismo. Esses assuntos são ainda muito estudados em bancos acadêmicos e caracterizados como essenciais da bioética, apresentando-se com limites definidos e fechados. A ‘bioética das situações emergentes’ é considerada, pelo mesmo autor, como preocupada com os conflitos originados pela contradição entre o progresso biomédico e os limites ou fronteiras da cidadania e dos direitos humanos, como as fecundações assistidas, as doações e transplantes de órgãos e tecidos, a engenharia genética envolvendo animais e a própria espécie humana, a difusão internacional das drogas, as doenças ocupacionais, a fome, a miséria, dentre outras.

Nessa mesma perspectiva, o cientista Giovanni Berlinguer (1993) define os conceitos de bioética de fronteira como aquela que trata das novas tecnologias biomédicas aplicadas sobretudo à fase nascente e à fase terminal da vida. A 'bioética cotidiana' está voltada para a exigência de humanizar a medicina, articulando fenômenos complexos, como a evolução científica da medicina, a socialização da assistência sanitária e a crescente medicalização da vida. Nesta perspectiva, a bioética cotidiana abrange o conceito de saúde em todas as suas dimensões, conforme definida na VIII Conferência Nacional da Saúde (1986, p. 83):

[...] a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Essa complexidade de temas faz com que a bioética não signifique apenas uma moral do bem ou do mal, ligada exclusivamente aos avanços biotecnocientíficos, mas à fundamentação ética da liberdade individual, das necessidades coletivas, da justiça social. Pela amplitude do tema, busca fundamentação através de uma ação multidisciplinar que inclui, além das ciências médicas e biológicas, a filosofia, o direito, a antropologia, a teologia, a ciência política e econômica.

Nesse sentido, Garrafa (1998) defende o desenvolvimento da ciência dentro das fronteiras humanas, desestimulando as ações que ultrapassam estes limites desumanos. Esses princípios, não quantitativos ou limítrofes na sua essência, proporcionam contribuições teóricas e práticas para o equilíbrio e bem-estar da espécie humana. As fronteiras do desenvolvimento devem contemplar a saúde dos trabalhadores, emergir dos direitos vitais para o crescimento e desenvolvimento infantil, condições dignas de moradia, alimentação, política de saúde pública digna, violência urbana, dentre outras.

Precisamos refletir sobre a necessidade de equilibrar os princípios éticos nas ações de desenvolvimento da ciência e, conforme Berlinguer (1993, p. 35), "para vencermos os desafios com responsabilidade e prudência e, principalmente com muita tolerância e solidariedade". São esses valores compartilhados e as referências reconstruídas que o ser humano, enquanto cidadão, almeja em sua vida para usufruir de dignidade e respeito.

2.3 Diferentes paradigmas da bioética

A análise objetiva dos modelos teóricos da bioética mais utilizados em nível mundial, estão sistematizados nos paradigmas abaixo descritos.

2.3.1 O paradigma principialista

Segundo Pessini & Barchifontaine (2000), este é o modelo mais conhecido e tem como autores Tom Beauchamp e James Childress, através do livro *Principles of biomedical ethics*. Eles propõem quatro princípios orientadores da ação da bioética: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. Entre si, não apresentam diferenças hierárquicas. Esse modelo tem ampla aplicação na prática clínica, comprometendo os profissionais da saúde no respeito à dignidade humana.

2.3.2 O paradigma libertário

Centraliza-se no valor da autonomia e do indivíduo. O seu maior defensor é Tristram Engelhardt, em sua obra *The foundation of bioethics*. Ele defende os direitos de propriedade dos indivíduos sobre o seu corpo, na autonomia que devem ter para decidir livremente sobre as ações, mesmo sendo polêmicas, como, por exemplo, a venda do sangue e órgãos.

2.3.3 Paradigma das virtudes

Defendido por Edmund Pellegrino & David Thomas na obra *For the patient's good*. Segundo Pessini & Barchifontaine (2000, p. 35), este paradigma está embasado na tradição grega aristotélica da ética das virtudes. Atribuem ao paciente o processo de decisão sobre as ações que o profissional da saúde deve fazer. "Sendo a virtude uma disposição que se aperfeiçoa pelo hábito, enfatiza-se a ação pela educação dos profissionais da saúde e pela prática clínica, o que conduziria naturalmente à prática do

bem”. Esta perspectiva torna-se possível nos casos de mercantilismo do corpo ou de recusa de tratamento de pacientes com AIDS, tuberculose, por exemplo.

2.3.4 O paradigma casuístico

Este modelo é defendido por Albert Jonsen & Stephen Toulmin, no livro *The abuse of casuistry*. Incentiva a análise de caso a caso, não se apoiando em princípios orientadores para a ação. Cada caso deve ser estudado em suas características próprias e decisões através de comparações ou analogias com outros casos, fortalecendo a intuição para a decisão final.

2.3.5 O paradigma fenomenológico e hermenêutico

Segundo Pessini & Barchifontaine (2000, p. 36),

[...] este modelo enfatiza a necessidade de reconhecer que toda experiência está sujeita a interpretação. Existem sempre duas dimensões em cada situação, uma subjetiva e outra objetiva. A fenomenologia coloca a subjetividade entre parênteses numa tentativa de penetrar na situação em si mesma. Esse processo de clareamento permite a emergência de significados que podem ser analisados e partilhados. De forma similar, o modelo hermenêutico não valoriza tanto o caráter bipolar ou circular da experiência humana, ao sublinhar a necessidade de aceitar a 'alteridade', que, em cada situação, deve ser engajada como parceira num diálogo respeitoso. Essas abordagens apontam para a superficialidade relativa do modelo principialista. A experiência humana não pode ser facilmente capturada e dirigida a uma escolha moral informada por meio da simples imposição de regras e princípios abstratos.

2.3.6 O paradigma narrativo

Este modelo, citado por Pessini & Barchifontaine (2000, p. 36), nos lembra que

[...] as pessoas adquirem identidade e intimidade ao contar e seguir histórias, assim como culturas inteiras definem seus valores e seu sentido de pertencer por meio do mito e do épico. A narrativa é uma parte inseparável da vida. A riqueza da história e sua capacidade de fazer surgir sentido, que vai além dos meros fatos, tornam o modelo

narrativo um complemento poderoso do abstracionismo dos princípios formais.

2.3.7 O paradigma do cuidado

Através do livro *In a different voice*, Carol Gilligan defende este paradigma, mais psicológico do que filosófico. Define valores conforme o gênero humano: feminino – valor do cuidado, e masculino – a justiça. Segundo Carol Gilligan, citado por Pessini & Barchifontaine (2000, p. 37),

[...] as mulheres têm uma noção de moralidade diferente da maioria dos homens. Elas percebem mais a responsabilidade para com os outros, a importância das relações e da solicitude. Enquanto os homens tendem a ver a si mesmos em oposição aos outros – daí a necessidade de estabelecer regras de justiça que ajudem a fixar direitos e deveres -, as mulheres colocam ênfase no tomar cuidado, em contexto de relação de alteridade. A intencionalidade personalista deste modelo tem sido muito valorizada para a superação de uma perspectiva exclusivamente técnica da medicina.

2.3.8 Paradigma do direito natural

Apresentado por John Finnis, em *Natural law and natural rights*, segundo Pessini & Barchifontaine (2000, p. 37), este modelo

[...] estabelece a existência de alguns bens fundamentais em si mesmos: o conhecimento, a vida, a vida estética, a vida lúdica, a racionalidade prática, a religiosidade, a amizade. Estes são bens em si mesmos, fins e não meios, que não supõem nenhuma organização hierárquica entre si. Moral será toda a ação que contribuir para o desenvolvimento desses valores. O reconhecimento da validade moral daqueles bens é consensual. Subsistem questões em relação ao fundamento de cada um. Este modelo de análise leva em conta o ser humano em sua integralidade e procura uma perspectiva global da integração do homem na sociedade.

2.3.9 O paradigma contratualista

Apresentado por Robert Veatch no livro *A theory of medical ethics*, defende um triplo contato: entre o médico e os pacientes, entre os médicos e a sociedade, e um contato mais amplo com os princípios orientadores da relação médico-paciente. Para regular essas relações, é importante obedecer a alguns princípios fundamentais: o da beneficência, o da proibição de matar, o de dizer a verdade e o de manter as promessas. Os mais críticos dizem que este modelo desconhece a prática clínica (PESSINI & BARCHIFONTAINE, 2000).

2.3.10 Paradigma antropológico personalista

Defende uma fundamentação antropológica para fazer bioética. Reconhece o homem como sujeito em toda a sua globalidade (corpo, mente e espírito) e não estabelece normas de ação. Segundo Pessini & Barchifontaine (2000, p. 38),

[...] procura enunciar as características essenciais da pessoa como tal, inspirada nos trabalhos de Paul Schotsmans: unicidade da subjetividade (caráter singular e irrepitível da pessoa como ser único e original), caráter relacional da intersubjetividade (a pessoa é, por natureza e condição, um ser aberto aos outros e ao mundo) e comunicação e solidariedade em sociedade (responsabilidade social de cada pessoa na construção do verdadeiro humanismo numa perspectiva de justiça equitativa).

Para a prática ética na relação médico-paciente, nesse modelo, segundo Selli (1999, p. 23), os problemas decorrentes da biotecnologia são gerenciados por valores de cada pessoa. Continuando, a autora refere que “o diálogo mantém a socialidade da vida”, e que o paciente reconhece, através de uma ação qualificada e dinâmica, o trabalho do médico em defesa da vida.

O cuidado está em não tornar um contexto humano dinâmico em um modelo de convicções éticas predeterminadas e/ou dogmaticamente impostas. Todo ato humano permanecerá sempre infalível e imperfeito, assim como toda relação profissional/cliente se enriquecerá de experiências ulteriores.

2.4 Princípios da bioética

A bioética, segundo Berlinguer, deve apontar para o ‘fazer’, mais do que para o ‘proibir’; deve discutir o que fazer, com quem, a quem, com quais meios, com que objetivos, de forma que as relações entre a ética e as ciências biomédicas sejam marcadas, ao mesmo tempo, pela liberdade do homem e pelo respeito a todos os seres humanos.

Em 1978, a comissão norte-americana para a proteção dos direitos humanos na pesquisa biomédica e comportamental, através do Relatório Belmont, e dos pesquisadores Beauchamp e Childress (*Principles of Biomedical Ethics*), defensores do princípalismo, definiram os princípios éticos/bioéticos básicos que deveriam nortear a experiência em seres humanos – ‘beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça’.

Beauchamp & Childress, citados por Pessini & Barchifontaine (2000, p. 34), propõem os quatro princípios, “considerando-os com mesmo valor hierárquico”. Esse modelo tem ampla utilização na prática clínica e em todos os âmbitos da bioética, fundamentando-se no respeito à dignidade humana.

Não citarei o princípio da não-maleficência por entender que a beneficência abrange o significado do mesmo: fazer o bem, não fazer o mal. Concordando com Segre (1999), as diferenças são apenas acadêmicas. Nesse contexto, definem-se os princípios da bioética, os quais passo a discutir:

Beneficência, advém do latim, *bonum facere*, isto é, ‘fazer o bem’, é o critério ético mais antigo, tendo como base o modelo de Hipócrates, pai da medicina; ‘fazer o bem’, ‘não causar dano’, constituem as máximas da ética da beneficência.

Esse princípio, aplicado pelos profissionais da saúde, orienta o comportamento moral de fazer o bem e promover o bem-estar. Nunca prejudicar ou fazer o mal a quem quer que seja, pois todos são iguais perante a lei, indiferente de raças, de credos ou filosofias de vida. A beneficência não engloba apenas conferir os benefícios e impedir danos, mas também equilibrar os possíveis bens com os possíveis danos de uma ação. Para Selli (1999, p. 77), a beneficência “é composta de dois princípios: princípio da beneficência – promover benefícios, e princípio da utilidade – ponderar benefícios e danos”.

As reflexões de Silva (1997, p. 9) mostram uma preocupação na demarcação dos limites da beneficência e do paternalismo. Para o autor, o paternalismo seria algo como

beneficência exagerada, “o significado positivo de uma extrapolação de limites motivada por boas intenções”.

No caso da relação médico-paciente, a beneficência está ligada diretamente à competência profissional. Mas a relação médico-paciente é assimétrica devido a duas razões principais: a fragilidade do ser cuidado, caracterizado pela dependência e transferência do cuidado; e pela autoridade do saber – poder, depositando confiança neste saber para manter a integridade física e mental no cuidado do outro.

Continuando, Silva (1997, p. 9) refere que uma das questões fundamentais do paternalismo evidencia-se no modo do médico entender e vivenciar essa relação médico-paciente. O médico detém o saber e a responsabilidade do saber, estando o paciente sob seus cuidados. Este profissional assume a fragilidade do paciente como condição de vida, podendo levá-lo a uma anulação como pessoa. “Nesta situação-limite estamos diante do paradoxo da beneficência: o cuidado anula a pessoa que é objeto do cuidado. Anula-o como indivíduo, como personalidade singular”. Para o autor, pode-se assinalar nesta relação o limite entre a beneficência e o paternalismo eticamente inadequado. Para Silva (1997, p. 9), “é possível dissociar o exercício da competência médica do exercício – num mesmo grau e de forma inexoravelmente conseqüente – do poder a ela associado. A isto, poderíamos chamar de cuidado ético, paralelo ao cuidado terapêutico”. Para isso, seria necessário reconhecer a individualidade e singularidade de cada pessoa, não se restringindo à terapia como ação técnica e operacional. “Não se pode separar o problema daquele que o têm”. Nesse contexto, verifica-se que o princípio da beneficência está vinculado ao da autonomia. Para o referido autor, o limite da beneficência é a autonomia.

A aplicabilidade do conceito de beneficência no trabalho do enfermeiro e da equipe de enfermagem é de fundamental importância para garantir uma assistência de enfermagem de qualidade. Envolve todo o ser e fazer cotidiano no seu exercício profissional.

Autonomia, do grego *autós* = eu e *nomos* = lei, é a capacidade especificamente humana de agir de acordo com sua vontade, através de escolhas que estão ao seu alcance, diante de objetivos estabelecidos. Segundo Pessini & Barchifontaine (2000, p. 45), “o respeito pelas pessoas incorpora pelo menos duas convicções éticas: 1) as pessoas deveriam ser tratadas com autonomia; 2) as pessoas cuja autonomia está diminuída devem ser protegidas”.

Para Lowey, citado por Almeida & Muñoz (1999, p. 23),

[...] a autonomia é a capacidade de auto-governar-se. Implica a habilidade para dirigir o próprio destino, subordinando-o ao controle da vontade. Para Kant, somente o ser divino é verdadeiramente autônomo. O homem, entretanto, possui livre arbítrio ou capacidade para desenvolver atividade, entendido também como liberdade de praticar dentro dos limites estabelecidos por fatores biológicos, ambientais e culturais, alheios ao seu próprio controle.

A conquista do direito ao princípio da autonomia, segundo Fortes (1994, p. 129), “nas relações com os profissionais e serviços de saúde vem crescendo a partir dos movimentos de defesa dos direitos de cidadania, especificamente nas reivindicações do direito à saúde e humanização dos serviços de saúde”.

Segundo Selli (1999, p. 46), a autonomia “é a capacidade de decidir por si mesmo nas questões que dizem respeito a si próprio, como indivíduo”. Sob a visão ética, é o agir segundo princípios morais aceitos pela sociedade, com conhecimento de causa e sem coação externa.

Para os profissionais da saúde, a responsabilidade, como princípio da autonomia, torna-se um exercício de liberdade. Segundo Almeida & Muñoz (1999, p. 94),

[...] o profissional e o paciente são co-participantes de uma relação que deve fundamentar-se na liberdade, na verdade e na fraternidade, assumindo cada um a parcela de responsabilidade que lhe cabe. Quanto maior a autonomia, maior a parcela de responsabilidade.

Os conflitos entre a autonomia do paciente e o paternalismo do médico têm suas raízes na responsabilidade de um para com o outro. Neste pensamento, o autor refere que “respeitar a autonomia das pessoas competentes pressupõe beneficência”: quando as pessoas são competentes para escolher, mesmo que esta escolha venha em desacordo com a opinião dos profissionais da saúde. Portanto, o direito moral do ser humano à autonomia gera um dever dos outros em respeitá-lo. Continuando neste pensamento, Fortes (1994) defende que respeitar a pessoa autônoma é aceitar o pluralismo social, não sendo compreendido apenas como um dever legal que protege os profissionais e serviços da saúde juridicamente.

Torna-se importante ressaltar que a pessoa deve compreender as informações fornecidas pelos profissionais para poder decidir livremente e voluntariamente sobre sua

vida. Deve ter capacidade mental para tal decisão, não ser coagida física, psíquica ou moralmente, ou enganada por falsas informações.

Para autores como Fortes (1994) e Goldim, Franciscatto & Clotet (2000), entre outros, a manifestação da essência do princípio da autonomia é o consentimento esclarecido ou informado. Aceita-se como consentimento esclarecido o ato de decisão voluntário, realizado por pessoa competente, fundamentada em informações claras, corretas, precisas e de boa compreensão, tendo capacidade de aceitar, recusar ações que lhe afetem ou possam afetar.

Nos vários enfoques da bioética, Fortes (1994, p. 131), citando Veatch como adepto das teorias deontológicas, que se fundamentam na noção do dever, considera que

[...] as pessoas têm direito à informação independente de sua utilidade social. Os utilitaristas, por sua vez, justificam o direito à informação nas atividades dos profissionais de saúde, pela criação de uma maior confiança dos indivíduos submetidos à relação com aqueles.

Concordando com Fortes (1994, p. 131), a autonomia individual completa é, sobretudo um ideal e não um fato concreto, pois existe forte grau de controle nas relações sociais. Da mesma forma, torna-se importante que a

[...] práxis dos profissionais da saúde esteja embasada no respeito ao princípio da autonomia individual, por razões do domínio psicológico, competência pelo saber e fazer – do poder; e de outro lado a submissão, inviabilizando a vontade do indivíduo em exercer sua própria autonomia.

Com respeito a esse princípio, cito alguns procedimentos práticos cotidianos, como o consentimento informado do paciente e familiares, na autorização para cirurgias, e o consentimento formal assinado pela família para a doação de órgãos.

Justiça é entendida como a 'imparcialidade na distribuição dos riscos e benefícios'. Outra maneira de entender o princípio da justiça é defender que 'que todas as pessoas iguais devem ser tratados igualmente'. O problema recai sobre: quem são iguais? Entre os homens existem diferenças de todo o tipo e muitas delas devem ser respeitadas em virtude do princípio da justiça, exemplificado pelo ideal de vida, sistema de valores, crenças religiosas, filosóficas.

A justiça também é considerada como princípio orientador da conduta do legislador e do magistrado, tanto na elaboração das leis quanto na interpretação das normas jurídicas. Para Selli (1999, p .51), a justiça

[...] é o princípio ético que guia o legislador quando produz a norma jurídica; portanto, deve ser entendida como o tratamento mais racional que a sociedade deve dirigir a determinados indivíduos ou grupos em função de seus graus de carência - de recursos ou de escolhas em situações-limite (eutanásia, etc.), diante dos demais. Mesmo sendo uma norma moral, contém o conceito de justiça uma racionalidade muito superior à mera avaliação subjetiva contida nos conceitos de "bom-mau, certo-errado, etc.

Nesse enfoque, surgem reflexões relativas ao tratamento igualitário que atenda às reais necessidades do cidadão, mas respeitado por normas rígidas, classificando uma injustiça.

Na questão da doação de órgãos, o princípio da justiça assegura aos profissionais da saúde ações em que a razão assume importância para avaliar os fatos, a decisão das ações e seus reflexos junto à sociedade, paciente e família potencial doadora, não distorcendo a verdade e definindo a imagem do trabalhador de saúde.

Para Berlinguer (2000), equidade não é o mesmo que igualdade, particularmente no campo da saúde, pois os indivíduos não são iguais. As pessoas devem ser vistas e respeitadas como seres únicos, singulares, com uma história de vida e que estão inseridos em uma sociedade que respeite suas crenças, valores próprios do seu 'ser'.

2.5 Bioética na enfermagem

A preocupação com o ensino da ética na enfermagem brasileira nasce e evolui paralelamente à organização e estruturação da profissão (Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública, 1923, RJ), influenciada pelos princípios que fundamentam seus marcos conceituais, os objetivos a ela atribuídos, bem como as concepções éticas da prática profissional, pautada pelo Código de Ética da Enfermagem (GERMANO, 1994).

O ensino da enfermagem trilhou caminhos conservadores, com forte sentimento religioso, normatizador, destacando dentre as qualidades inerentes ao bom profissional

aquelas com características de comportamento de obediência, respeito à hierarquia, humildade, espírito de servir (GERMANO, 1994).

Conforme literatura consultada (GERMANO, 1994; GELAIN, 1995), os programas de ética nas primeiras décadas de realização do Curso de Enfermagem se fundamentavam, sobretudo, em textos direcionados para uma religiosidade extremamente conservadora e conformista, alienada dos problemas do exercício profissional e social. A enfermagem estava amparada unicamente pela ética cristã, na qual o certo e o errado são definidos pela lei e vontade divina (Teocêntrico). Assim, muitas instituições formadas por enfermeiras religiosas se dedicavam ao cuidado dos enfermos pobres e desamparados, vislumbrando a possibilidade de salvar sua própria alma. Esse ideário cristão influenciou o sentido caritativo concedido à enfermagem ao longo de sua história.

As influências da evolução da enfermagem marcaram várias gerações de enfermeiras, repercutindo até nossos dias. Nessa evolução também se notaram influências do modelo existencial, em que “a grande preocupação passou a ser a pessoa, com suas potencialidades, com o seu bem estar, com sua realização existencial” (GELAIN 1995, p. 15). Esse movimento conduziu ao individualismo, à apatia social, à submissão hierárquica, sem preocupação com a coletividade. O conceito de profissional ético ou anti-ético passou a ser relacionado àquele que colaborava ou não com o crescimento do outro. Segundo o autor citado, a visão paternalista, preocupada com o bem estar da pessoa, ignorando a responsabilidade ética, defronta-se com preocupações éticas crítico-reflexivas e problematizadoras da coletividade. Nesse aspecto, ético ou anti-ético envolve a preocupação com os valores do ser humano, seus direitos e deveres e o respeito à dignidade humana. Assim sendo, esta nova filosofia abre espaço para um ensino mais reflexivo e contextualizador da prática cotidiana, envolvendo as áreas técnicas, éticas e sociais.

A Jornada Catarinense de Enfermagem de 1988, com o tema ‘Enfermagem: sua prática e organização’, e o pronunciamento da Comissão de Educação da ABEN vem confirmar essa transformação, através da declaração da necessidade de a

[...] enfermagem refletir sua prática e organização, formando uma consciência crítica da realidade, bem como as limitações de sua práxis no processo de mudança e, então, assumir seu compromisso junto à população, na luta por uma sociedade mais justa e igualitária (CAPELLA & GELBCKE, 1988, p. 81).

Esse momento demonstra a reafirmação do compromisso ético da enfermagem e, em especial, do enfermeiro para o cuidado ao ser humano. Nesse aspecto, a bioética contribuiu para a discussão e compreensão das diferentes concepções éticas, sociais e religiosas do nosso fazer cotidiano.

Entretanto, são visíveis no meio hospitalar profissionais enfermeiros com posturas de passividade, indiferença e alienação às questões éticas que envolvem o seu cotidiano de trabalho. As noções de ética ficam restritas ao aprendizado acadêmico, que abrange o compromisso profissional normatizado pelo Código de Ética e pouco utilizado como 'livro de cabeceira' no seu cotidiano. Os assuntos mais destacados e identificados como da área ética/bioética são o aborto, eutanásia, doação de órgãos.

Essa concepção da ética/bioética de alguns enfermeiros, que demonstram maior receptividade aos estudos da evolução tecnocientífica como aparelhos, equipamentos, patologias e tratamentos especializados, técnicas modernas e eficientes, deixa para segundo plano os questionamentos relativos ao fazer enfermagem, a relação enfermeiro/paciente e as condutas terapêuticas definidas com significativa dose de autoritarismo, pouca informação e compromisso social.

As contradições entre o discurso de valorização da ética e a prática assistencial são freqüentes em nosso meio. Segundo alguns enfermeiros, temos algumas limitações devido à sobrecarga de atividades, normatização dos procedimentos e práticas assistenciais tarefas; e, em outras situações, são relatadas as desmotivações para o trabalho, que acaba limitando-se ao 'simples fazer'.

Urge a necessidade de abrir espaços para refletir o ser e fazer enfermagem, com consciência crítica da nossa realidade, das repercussões éticas das técnicas empregadas junto ao paciente, família e equipe e um maior compromisso social e político. Discutir também sobre os valores pessoais dos trabalhadores, suas concepções éticas, estéticas e sociais, estimulando as relações interpessoais, o conhecimento de si próprio e do outro, para compreender e respeitar os valores e crenças do paciente e família (KALAKUN, 1995; SELLI, 1999).

Segundo Selli (1999), alguns profissionais da saúde, muitas vezes, desenvolvem uma conduta de 'apropriação', com invasão do corpo do paciente para realizar procedimentos prescritos pelo médico. A opinião e vontade do paciente, na maioria das vezes, não são respeitadas, ferindo o direito de autonomia. Exemplo prático em nível

hospitalar é o horário da higiene corporal ou da alimentação, que acompanha a necessidade do serviço ou da instituição e não do paciente.

Esses problemas éticos são reflexos da nossa medicina tradicional, por esta se apoiar, ainda hoje, em princípios hipocráticos que não reconhecem a vontade da pessoa (paciente).

Os princípios da bioética – **beneficência, autonomia e justiça** – devem ser conhecidos, interpretados e respeitados pela equipe de profissionais da saúde, repercutindo sobre o seu agir profissional junto ao paciente – objeto específico do trabalho. Tais princípios devem envolver os integrantes da equipe de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, profissionais de áreas afins, família, interagindo através do diálogo e do compartilhamento de opiniões sobre ética, religião, cultura.

Como toda categoria profissional, a enfermagem também possui seu código de ética, que traça as diretrizes norteadoras do seu fazer profissional. Ele revela uma concepção tradicional das relações da enfermagem com a medicina e o paciente, exigindo uma reinterpretção que lance questionamentos em pontos fundamentais do mesmo (SELLI, 1999).

Nas questões da bioética, os enfermeiros devem participar, refletir e opinar com responsabilidade junto à equipe interdisciplinar, interferindo nas condutas terapêuticas, no respeito à autonomia do paciente e família, nas questões normatizadoras do serviço e da instituição que infringem os direitos do ser humano e na legalidade jurídica. No contexto hospitalar, e em especial na Unidade de Terapia Intensiva, deparamo-nos com as questões da bioética, como distanásia, doação de órgãos, critério médico de morte encefálica, a gravidade do estado clínico do paciente devido à deficiência de atendimento primário e secundário, questões religiosas e culturais, dentre outras.

Esses questionamentos instigam e podem contribuir para desvendar a complexidade dessas realidades, despertando nos profissionais de saúde e na sociedade uma participação ativa, consciente, dinâmica sobre o respeito e valor do ser humano e dos reflexos da evolução tecnológica sobre o mesmo.

2.6 Bioética na medicina

O estudo da bioética desponta como disciplina orientadora nas ações e decisões dos conflitos éticos dos profissionais da saúde e, em especial, para a classe médica. Com os problemas práticos decorrentes dos avanços tecnocientíficos da medicina interferindo diretamente no agir profissional, o médico depara-se com alterações de hegemonia profissional, em que a assimetria da relação médico-paciente exige adaptações. Isto devido à ampliação das informações por parte do paciente e familiares sobre assuntos de saúde e pela afirmação dos direitos de cidadania.

Os quatro princípios da bioética (beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça) passam a caracterizar e delimitar a prática clínica. Além de questionar as relações de conduta humana na área das ciências, a bioética utiliza o discurso pluralista envolvendo a filosofia, teologia, sociologia, psicologia.

Segundo Moura Fé (1998, p. 71),

[...] a tradicional postura de passividade, em que os pacientes não vêm motivos para quaisquer preocupações, convencidos de que o médico, como detentor do conhecimento, sabe o que é melhor para eles e se empenhará a fundo para proporcioná-lo, vai cedendo lugar a uma atitude mais ativa, em que os pacientes reivindicam o direito de saber e de participar das decisões acerca dos procedimentos médicos a serem adotados.

O modelo paternalista, herança hipocrática, atribui ao médico a responsabilidade integral pelas medidas terapêuticas, oprime a autonomia do paciente, que por opção própria define tal atitude. Essa atitude muitas vezes é tomada pelo paciente e familiares como reflexo da insegurança das alterações de saúde, por comodismo ou por atitudes culturais do saber-poder do conhecimento científico (MOURA FÉ, 1998).

Nesse contexto, segundo Cohen (1999), a autonomia e o paternalismo são complementares, não podendo existir uma autonomia total nem paternalismo absoluto, funcionando de maneira inversamente proporcional. As pessoas cada vez mais querem autodeterminar-se, decidirem sobre si mesmas, co-participando nas ações de vida e de morte humana.

Segundo Marchi & Sztajn (1998, p.40), “o que põe em evidência a questão da autonomia é a vontade que, na visão kantiana, é autônoma por determinar-se em razão da própria essência (dever moral)”.

A vontade e a busca de autonomia devem aliar-se à capacidade de decisão, tanto jurídica, como de agir. Segundo as autoras citadas, a capacidade de agir significa a capacidade para o exercício de direitos, enquanto capacidade jurídica significa capacidade de gozo de direitos. A lei prevê as condições para que a pessoa seja reconhecida como capaz ou incapaz de decidir sobre si mesma. É o caso de crianças, adolescentes e doentes mentais.

Outro fator importante para a pessoa exercer o princípio da autonomia é o direito à informação correta, clara e compreensível. Cabe ao profissional da saúde orientar e informar sobre a real condição de saúde que o paciente se encontra (alguns profissionais médicos preferem informar aos familiares o estado geral do paciente, evitando informação direta ao paciente para não piorar o prognóstico do mesmo).

No pensamento de Cohen & Marcolino (1999, p. 55), “o respeito a uma pessoa autônoma é reconhecer que existem capacidades e perspectivas pessoais, incluindo o direito dele examinar e fazer escolhas, para tomar atitudes baseadas em valores e crenças pessoais”. Complementando, Munõz & Almeida (1999, p. 95) referem que

[...] respeitar a autonomia das pessoas competentes pressupõe beneficência: quando as pessoas são competentes para escolher, ainda que a escolha não seja a que faríamos, respeitar suas escolhas é um ato beneficente [...]. Respeitar a autonomia do incompetente, entretanto, é um absurdo, denotando, mais do que beneficência, um descaso imperdoável.

Entretanto, conforme Marchi & Sztajn (1998, p. 42),

[...] tradicionalmente os profissionais da saúde costumam influir nas decisões tomadas pelos usuários dos serviços, mas não têm o direito de lhes impor sua vontade. Esta influencia derivada da formação profissional é controlada por meio da prática do esclarecimento prestado ao paciente quanto à doença, às terapias indicadas, ao prognóstico, aos efeitos colaterais.

O princípio do consentimento informado, segundo as autoras, se alicerça no respeito à pessoa, à sua autonomia, visando evitar a supremacia profissional e preservar a liberdade, estimulando as decisões racionais.

Na visão de Engelhardt (1996), o princípio da autonomia é substituído pelo princípio da permissão ou consentimento informado. As condutas médicas fundamentam-

se nesse princípio, em especial no processo de doação de órgãos, em que fica claro, através de suporte jurídico, o direito do paciente e familiar ser ou não doador de órgãos.

Outro enfoque da conduta paternalista, segundo Cohen & Marcolino (1999), se fundamenta no princípio da beneficência e da não-maleficência, em que o médico age paternalisticamente, buscando ajudar o paciente a prevenir o mal. Para ficar mais claro, o autor citado refere que somente podemos ser paternalistas com relação às pessoas que consideramos competentes para dar o consentimento. Nessa linha de raciocínio, os profissionais da saúde não estarão agindo paternalisticamente com crianças ou pacientes em coma.

O princípio da beneficência impõe uma análise mais complexa e pluralista, visto que uma grande parcela dos profissionais médicos mantém uma relação com o paciente através do princípio do Juramento de Hipócrates. Nele, o poder e a competência do saber científico subordinam o paciente, caracterizando o cuidado paternalista.

Entretanto, a difusão de informações de ordem médica possibilitou melhorar a aplicação da autonomia e justiça de pacientes e familiares. Isso se torna visível nas mobilizações contra as iatrogenias, envolvendo a competência médica e da instituição de saúde.

Segundo Cohen (1999, p. 80), “o médico, em sua relação com o doente, deve atuar hierarquizando (em interação) os princípios da não-maleficência, da beneficência, da autonomia e da justiça, mantida a filia”. As transformações de comportamentos da sociedade são visíveis, partindo da posição soberana e incontestável do médico (poder), para decisão autônoma do paciente e familiar.

Dentre esses conflitos e dilemas éticos estão os pacientes Testemunhas de Jeová que precisam de transfusão sanguínea; ou, ainda, a distribuição de leitos em UTI, quando a demanda é maior que a oferta. Nesse contexto, Cohen (1999, p. 80) refere que “o médico deve ter clara consciência de que, no exercício de sua atividade profissional, tais conflitos, sempre com nuances e características especificadas a cada caso, serão inevitáveis. Deve ele ter competência para reconhecer limites de sua competência”.

Nessa vivência do profissional médico, o autor retrata duas formas distintas de atuação desse profissional, envolvendo a autonomia, beneficência e o paternalismo. Surgem conflitos éticos na relação médico-paciente na decisão do plano diagnóstico e tratamento e no direito do paciente em aceitar e autodeterminar-se.

Nessas indagações o autor pergunta:

Como decidir e quem decide nas várias situações clínicas, exemplificadas como reanimar ou não, transfundir ou não, suspender tratamento, desligar aparelhos de sustentação da vida? Quem dá ordens? Deve o médico obedecer às ordens do paciente? Deve o paciente obedecer à decisão do médico?

Nesses conflitos éticos, deve o profissional ter bom senso e responsabilidade ética e moral, para tais ações. Entretanto, há alguns médicos que, por atitudes comodistas e de negação de conflitos, atuam como técnicos, fazendo o diagnóstico e deixando o paciente decidir sobre o seu prognóstico. Essa atitude é definida por Robert Veach (1993) como o 'modelo engenheiro'. E alguns profissionais médicos situam-se no outro extremo, nos quais, segundo Cohen (1999, p. 81), se "quer impor seus valores e sua decisão ao paciente acima até da atitude paternalística, numa atitude de dono da verdade e do bem". Concordando com o autor, ambas são atitudes anti-éticas, pois evitam conflitos e aproximações nas relações interpessoais com o doente, com a família e com a sociedade, em que cada um, na sua esfera de competência, deve decidir sobre suas ações.

A conduta profissional aceitável é quando o médico tem clareza da sua competência e de suas limitações, mostrando responsabilidade por seus atos e respeito à dignidade humana. Complementando esse pensamento, Almeida & Muñoz (1999, p. 91) referem que "o profissional e o paciente são co-participantes de uma relação que deve fundamentar-se na liberdade, na verdade e na fraternidade, assumindo cada um a parcela de responsabilidade que lhe cabe".

2.7 Bioética na doação de órgãos

Nos últimos 30 anos, os transplantes de órgãos registraram notáveis progressos devido à evolução dos conhecimentos na área biomédica, ao aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas e à descoberta de um número maior de medicamentos imunossupressores.

Com a difusão dos transplantes e a escassa disponibilidade de órgãos retirados de cadáveres, aumentou o número de doadores vivos, exigindo por parte dos Comitês de

Ética a criação de restrições para esse ato, na tentativa de evitar atividades ilícitas. A retirada de órgãos vivos só seria possível através de doações de parentes, como um ato de amor e solidariedade; por pessoas ligadas emocionalmente ao receptor (marido, esposa); por doações com fins altruísticos (amor ao próximo, solidariedade) e doações remuneradas (aliviar a fome, a miséria). Essas regras sofreram mudanças ao longo da história, sendo, no Brasil, permitido apenas nos casos de doação por parente (mãe, pai, irmão, tio).

A situação atual, em nível mundial e no Brasil, evidencia aspectos críticos no suprimento de órgãos para transplantes. Paralelamente ao desnível entre oferta e necessidade, começam a aparecer propostas mais agressivas para a compra de órgãos humanos, que confundem e invadem os limites da ética. Surgiu, a partir destas dificuldades, o comércio do corpo humano, com problemas e abusos de poder sobre a vida, nas diversas partes do mundo.

A mercantilização do corpo humano, segundo Berlinguer & Garrafa (1996, p. 117), em termos morais,

[...] deriva da tendência típica do século XX de transformar tudo em objeto vendável: os produtos da natureza, o conhecimento, os sentimentos, o próprio corpo. Em termos científicos, deriva das descobertas que tornaram possível a troca e o uso de partes do corpo, mas também do fato de que alguns campos da pesquisa e de intervenções são privilegiados em relação a outros. Em termos de troca, deriva de um evidente desequilíbrio entre o excesso de demanda e a escassez da oferta, caso do sangue e órgãos transplantados.

Essas causas geralmente se entrelaçam e advêm de desigualdades sociais, culturais e econômicas (um pobre, o vendedor e um outro dotado de maiores conhecimentos, poderes e poder de compra, que é o recebedor-comprador, existindo nesses casos, um terceiro envolvido – o intermediário).

A problemática ética do mercado humano de órgãos é uma das questões mais polêmicas e dramáticas de abrangência da bioética mundial. Segundo Pessini & Barchifontaine (2000), há uma necessidade de definir parâmetros éticos para a doação de órgãos em caráter mundial, devido aos abusos de comercialização, ferindo a integridade e dignidade do ser humano.

Na tentativa de desfazer/impedir essa imoralidade, foi criada uma comissão de especialistas internacionais em Bellagio, Itália (1996), que formularam um documento conhecido mundialmente, como *The Bellagio Task Force Report*, com o objetivo de “promover a confiança pública internacional no processo de doação e transplante de órgãos e para proteger o bem-estar de todos os envolvidos no processo, notadamente os mais vulneráveis” (PESSINI & BARCHIFONTAINE, 2000, p. 330).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o comércio de órgãos é uma violação da Carta Universal dos Direitos Humanos, bem como de sua própria constituição. “O corpo humano e suas partes não podem estar sujeitos a transações comerciais. Conseqüentemente, pagar e receber dinheiro de órgãos deve ser proibido”. A mesma OMS penaliza os médicos que realizam transplantes de órgãos que sabidamente foram comercializados. Da mesma forma, o Conselho da Sociedade Internacional de Transplantes afirma que o órgão humano não pode ser usado como objeto de lucro para profissionais e instituição e os cirurgiões ou equipe de cirurgiões não podem comprometer-se com a comercialização de órgãos, havendo distanciamento entre a equipe de remoção e de transplantes desses órgãos.

Acompanhando a literatura consultada, a Associação Médica Mundial adverte sobre a tomada de medidas efetivas, prevenindo o uso comercial de órgãos humanos. Essa problemática da bioética defronta-se com a constatação de venda de partes do corpo humano (sangue, esperma, tecidos, ossos, etc.) em muitos países, ao mesmo tempo em que proíbe a venda de órgãos sólidos (coração, pulmão, rins), mostrando a incoerência desses dados.

O comércio internacional de partes do corpo mantém legalização dos casos de educação médica, pesquisa e laboratórios farmacêuticos (pele). De qualquer forma, o processo de transplante não deixa de ser uma transação comercial, um custo determinado pelo governo no qual convênios de saúde, hospitais, cirurgiões, equipes de captação de órgãos e outros membros da equipe de saúde vendem seus serviços.

Muitas correntes filosóficas e éticas buscam soluções para desfazer o mercado negro do comércio de órgãos, principalmente através da educação conscientizadora da população a respeito da doação de órgãos, vista pela ética como ato de solidariedade.

No Brasil, o comércio de órgãos e tecidos é proibido e definido pelo artigo 199 parágrafo 4º da Constituição Nacional: “A lei disporá sobre as condições e requisitos que facilitem a remoção dos órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplantes,

pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização”.

Várias indagações e questionamentos éticos são feitos sobre a política de transplantes no Brasil, financeiramente apoiada pelo Ministério da Saúde. O alto custo e a mais avançada tecnologia que dispomos serve a alguns ‘privilegiados’, que absorvem um quinto de todos os recursos sanitários disponíveis e constituem apenas 1% das atividades cirúrgicas (GARCIA, 1999). A grande maioria da população brasileira encontra-se marginalizada, morrendo por doenças endêmicas, desnutrição, desidratação, com baixo custo para a cura e, como fator agravante, são os trabalhadores, com seus salários baixos que custeiam os transplantes de órgãos, através do sistema de contribuição previdenciária.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) custeia todos os gastos da doação e transplante de órgãos.

Em contrapartida, o Ministério da Saúde, através da sua equipe técnica, justifica o investimento na doação e transplante de órgãos como fator de redução de custos em relação à manutenção de pacientes em hemodiálise, em internações hospitalares e permitindo uma melhor qualidade de vida (GARCIA, 1999).

O avanço da tecnociência beneficia os laboratórios farmacêuticos, principalmente os fabricantes de medicamentos imunossupressores, como também os laboratórios de identificação da compatibilidade entre o doador e o receptor.

Observamos um crescimento vertiginoso nas pesquisas científicas que procuram beneficiar o ser humano, principalmente no aumento dos anos de vida e na melhor qualidade de vida.

2.7.1 Aspecto religioso

As crenças religiosas estão entre as mais acalentadas convicções do ser humano, cuja vida é influenciada por sua visão de atributos a Deus (soberania e onipotência), dos atributos das outras pessoas (a santidade da vida) e da relação pessoal com Deus (comunicação e obediência aos mandamentos). O respeito mútuo às convicções pessoais sobre religião e cultura proporciona uma relação pacífica entre as pessoas, na atual sociedade pluralista em que vivemos.

Quando o paciente e/ou a família discordam por motivos religiosos do tratamento ou dos procedimentos recomendados pelo médico para obter a cura, pode haver conflito ético e moral entre as convicções do médico e, as de seu paciente. O respeito às convicções religiosas do paciente equivale ao princípio da autonomia e liberdade de escolha como pessoa autônoma (SOUZA, 1998). É um direito humano fundamental ter respeitada as convicções e crenças pessoais, pressupondo a aceitação do pluralismo social (FORTES, 1994).

Sob o prisma dos direitos humanos, o fato está contemplado pelos princípios estabelecidos na Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), que estabelece no seu inciso XVIII: “todo o homem tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; este direito inclui a liberdade de manifestar essa religião ou crença pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, isolada ou coletivamente, em público ou em particular”.

A Constituição Federal protege esse direito de todos os cidadãos. A liberdade de consciência e de religião ‘é, *de per se*, um dos direitos fundamentais’, conforme está no artigo 5º da Constituição. Na questão de liberdade e direitos humanos fundamentais, o Concílio Vaticano II emitiu a Declaração sobre liberdade de religião, a qual proclama que todas as pessoas têm o direito fundamental à liberdade e uma inerente liberdade de não serem coagidas no que se refere à dignidade humana.

Em relação à temática doação e transplante de órgãos, a religião católica e outras religiões, sob coordenação do Papa João Paulo II, deixa para cada indivíduo a decisão, isto é, ao livre arbítrio, desde que sejam respeitados a dignidade humana e o próprio significado da vida.

Para os seguidores da religião espírita, a doação e transplante de órgãos seguem duas formas de pensamento distintas, conforme dados obtidos informalmente. Uma delas defende que o ser humano deve transcender com os órgãos com que veio para a terra, sendo negada a retirada de órgãos. A segunda defende a doação como ato de solidariedade e amor ao próximo, sendo proibida a comercialização dos mesmos.

Por uma questão de consciência religiosa, as Testemunhas de Jeová recusam transfusões de sangue alogênico e doação e transplante de órgãos, mas não recusam o tratamento médico em geral. De acordo com Smalley *apud* Souza (1998, p. 91),

[...] provavelmente, o aspecto mais bem conhecido das crenças das Testemunhas de Jeová no campo da bioética é a posição delas quanto

ao uso de sangue. Elas entendem que a Bíblia proíbe os cristãos de manterem sua vida por meio da utilização de transfusões de sangue [passagens bíblicas específicas], sustentam que o abster-se de sangue é moralmente importante para o cristão quanto o abster-se da idolatria ou da imoralidade sexual.

No entanto, o entendimento religioso das Testemunhas não proíbe de modo absoluto o uso de derivados do sangue, como a albumina, as imunoglobulinas e os preparos para os hemofílicos, cabendo a cada um a decisão da aceitação ou não do tratamento. Da mesma forma, a circulação extracorpórea e a hemodiálise são prontamente aceitas, desde que se use como garantia as soluções isentas de sangue.

As crenças das Testemunhas de Jeová que recusam as transfusões de sangue e a doação e transplante de órgãos por motivos religiosos ou médicos fundamentam um conjunto de juízos deontológicos sobre o que se deve ou não fazer. Segundo este sistema, a recusa às transfusões e transplantes constitui uma regra de conduta a ser observada, ainda que a sociedade a ignore ou menospreze.

Em relação à doação e transplante de órgãos, BERLINGUER & GARRAFA, (1996) relatam que a religião Islâmica acredita que as pessoas que são apresentadas ao Juízo Final de Alá sem o corpo íntegro são condenadas ao eterno sofrimento e que, por isso era preferível privá-las do órgão (castigo), passando para outros que não pertencem à mesma religião. Segundo os mesmos autores, não há muitas explicações para esses preceitos, que muito evidenciam juntar a mutilação em vida ao sofrimento *post-mortem*, tornando-se mais repugnante para o bom senso e para a moral comum. Mesmo com essa ideologia confusa, as pessoas pobres com crença islâmica vendem seus órgãos para a sobrevivência, o que é confirmado no livro Mercado Humano de BERLINGUER & GARRAFA (1996).

As crenças religiosas, por mais diferenciadas que sejam, devem ser respeitadas, evitando conflitos éticos e morais pelas discordâncias de opiniões entre a família, paciente e equipe.

Embora haja concepções religiosas diferenciadas, os profissionais da saúde não devem desrespeitar a vontade do paciente. Alguns problemas de comunicação devem ser sanados, principalmente as informações ambivalentes em que o conteúdo verbal não corresponde à comunicação não-verbal. O respeito à dignidade humana e a expressão dos desejos do paciente e da família na doação ou não de seus órgãos não devem interferir na qualidade da assistência prestada pela equipe multiprofissional de saúde.

2.8 Código de ética da Enfermagem e da Medicina e sua relação com a doação e transplante de órgãos

Pesquisando a literatura disponível, não encontrei referências ao papel do enfermeiro no cuidado ao paciente com morte encefálica e potencial doador de órgãos; no caso da formação da equipe de captação de órgãos e no transplante, a abordagem foi geral e essencialmente técnica. Quanto ao papel do médico, este é técnico, racional e objetivo, amparado pelas orientações do Conselho Federal de Medicina.

Nesse contexto, o médico e o enfermeiro assumem várias funções, buscando desenvolvê-las com competência, dinamismo, resolutividade e, acima de tudo, credibilidade, amparados pelo código de ética que normatiza sua conduta profissional.

Segundo Pessini & Barchifontaine (2000, p. 425), o código do exercício profissional é

[...] o aprimoramento do comportamento ético do profissional, que passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional, configurado pela responsabilidade do plano das relações de trabalho com reflexos nos campos técnico, científico e político.

Nesse aspecto, o enfermeiro e o médico, no seu exercício profissional, devem ser conhecedores do código de ética da sua profissão e possuir conhecimento para exercer na prática os princípios da bioética - beneficência, autonomia e justiça.

Através do código de ética profissional, elaborado pelos Conselhos Federal e regionais de classe, é estabelecido um conjunto de normas e princípios, direitos e deveres pertinentes à conduta ética do profissional, que deverá ser assumido por todos. Esse conjunto de normas visa proteger o direito do paciente de receber um tratamento adequado, que não coloque em risco a sua integridade física, mental e psicológica e de proteger o profissional de cometer erros pelos quais possa ser legal e moralmente responsabilizado.

Cada categoria profissional possui um código de ética que normatiza a sua conduta profissional, exigindo dela um conhecimento esclarecido dos seus direitos e deveres.

O código de ética médica adotado no Brasil apresenta características de ordem moral e jurídica, associando elementos puramente doutrinários e dispositivos proibitivos suscetíveis de penas, expressos no decreto que regulamentou a lei criadora do Conselho Federal e Regionais da profissão (ALMEIDA & MUÑOZ, 1999).

Com o objetivo de estudar o código de ética dos profissionais da enfermagem e da medicina, direcionando-os para o tema 'doação e transplante de órgãos', no qual sua prática ética é de muita responsabilidade e compromisso, busco uma fundamentação para a resolução de problemas enfrentados no dia-a-dia.

Na Unidade de Terapia Intensiva - Adulto, caracterizada por um perfil epidemiológico com atendimento a pacientes muito graves, torna-se freqüente o atendimento de pacientes que evoluem para o diagnóstico de morte encefálica. Atendendo à atual política de transplantes de órgãos no Brasil, do Ministério da Saúde, os profissionais da saúde, e em especial os médicos e enfermeiros, podem defrontar-se com questões éticas, sociais, culturais e religiosas conflituosas entre equipe, família e paciente na questão da doação de órgãos.

Nesse contexto, torna-se importante para a equipe multiprofissional fundamentar um plano de atividades, levando em consideração seus valores pessoais, em sintonia com os valores e crenças da família e do paciente. A sensibilidade, comunicação honesta e educadora, deve aliar-se à legalidade das ações, através do código de ética e das leis brasileiras.

Frente a esta realidade dos Princípios Fundamentais do exercício profissional, "capítulo 1 artigo 3º, cabe ao profissional de enfermagem respeitar a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza"(PESSINI & BARCHIFONTAINE, 2000, p.426). No código de ética médico, esses princípios estão assegurados através do

[...] artigo 6º, em que o médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir ou acobertar tentativa contra sua dignidade ou integridade (PESSINI & BARCHIFONTAINE, 2000, p.442).

Muitas vezes é difícil identificar as condutas que poderão beneficiar e atender aos anseios do paciente, seguindo o princípio ético da beneficência, decidir o que é certo ou

errado e o que é bom ou mal para esse ser humano. Exemplos freqüentes no ambiente de terapia intensiva são os casos de pacientes com falência de múltiplos órgãos, em que emerge o tema da distanásia.

O princípio ético da autonomia do paciente e respeito pelo enfermeiro está assegurado pelos artigos 26 e 27 do código de ética do enfermeiro. Artigo 26, “prestar adequadas informações ao cliente e sua família a respeito da Assistência de Enfermagem, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer”; e o artigo 27, “respeitar e reconhecer os direitos do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar”. No código de ética médico, o

[...] artigo 56, é vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida; e o artigo 59, é vedado deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Deparamo-nos, freqüentemente, com atitudes e pensamentos autoritários. A pergunta em evidência é ‘como se deve agir’, ficando para alguns profissionais mais conscientes e reflexivos do seu fazer enfermagem a pergunta ‘como devo agir’. O caso da restrição das visitas e com horários muito reduzidos, exemplifica o desrespeito à autonomia.

Segundo Souza & Moraes (1998, p. 91), “tais posições podem gerar um conflito entre a consciência do paciente e a do médico”. O artigo 56 acima descrito,

[...] muitas vezes tem sido citado para apoiar a idéia de que o médico pode desrespeitar as decisões feitas de antemão pelo paciente no que tange ao seu tratamento de saúde, e praticar um ato médico que o paciente considera impróprio para si, se o paciente estiver em iminente risco de vida.

A justificativa dessa desconsideração para com as crenças individuais seria a beneficência.

Entretanto, no caso de doação de órgãos, está sendo respeitado o consentimento ou não da retirada de órgãos para transplantes. Essa conduta contempla o princípio da autonomia e da justiça, pois perante a Lei 9.434, do governo brasileiro que regulamenta a doação e transplantes de órgãos desde 04/02/97 (PESSINI & BARCHIFONTAINE,2000,

p. 431), fica proibido ao profissional enfermeiro no “artigo 66, colaborar direta ou indiretamente, com outros profissionais de saúde, no descumprimento da legislação referente aos transplantes de órgãos, tecidos [...]”. Ao profissional médico, conforme o “artigo 43, é vedado descumprir a legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos [...]”. Também é vedado ao médico, conforme o

[...] artigo 72, participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspensão dos meios artificiais de prolongamento da vida de possível doador, quando pertencente à equipe de transplante; artigo 74, retirar órgãos de doador vivo quando interdito ou incapaz, mesmo com autorização de seu responsável legal; e artigo 75, de participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou tecidos humanos (PESSINI & BARCHIFONTAINE,2000, p. 445).

Em todas as ações do enfermeiro e do médico, quer seja assistencial, ensino ou pesquisa, os preceitos éticos devem ser respeitados, consolidando um verdadeiro compromisso social e político, e obedecendo ao dever referido na Resolução 196/96, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos; e, ainda, ao contido no artigo 35 do Código de ética da enfermagem:

[...] solicitar o consentimento do cliente ou de seu representante legal, de preferência por escrito, para realizar ou participar de pesquisa ou atividade de ensino em Enfermagem, mediante apresentação da informação completa dos objetivos, riscos e benefícios, da garantia do anonimato e sigilo, do respeito à privacidade e intimidade e a sua liberdade de participar ou declinar de sua participação no momento que desejar” (PESSINI & BARCHIFONTAINE,2000, p. 428).

2.9 Conceito e protocolo de morte encefálica

Os avanços da tecnologia médica redefiniram o conceito de morte, devido ao uso de medidas de ressuscitação cardíaca, respiradores artificiais, máquinas de circulação extracorpórea, entre outros.

Para os médicos e, em especial para os neurologistas, a revisão do conceito de morte deveu-se aos seguintes fatores, citados por Pessini & Barchifontaine (2000, p. 256):

(1º) a capacidade da medicina moderna de prolongar indefinidamente uma vida por meios artificiais, torna imperativo que se defina a morte encefálica. Tal definição se justifica por motivos sociais, humanos e mesmo econômicos, pois leitos de terapia intensiva são limitados e dispendiosos, onerando os familiares num caso irrecuperável. Muitas vezes, os esforços para atender sem necessidade à vida vegetativa de um paciente arruinam sua família e desacreditam os médicos; (2º) os programas de transplantes exigem órgãos íntegros e hígidos para o seu sucesso, e ativos por ocasião da morte encefálica.

Segundo os mesmos autores, cabe ao médico intensivista e ao neurologista a definição de cessação ou não do investimento dos recursos disponíveis ao paciente que se apresenta em atividade encefálica irreversível.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, considera que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, e para sua legalidade perante os critérios para constatação e variabilidade de faixa etária, resolve adotar os seguintes princípios (Diário Oficial da União de 17/10/1991):

- os critérios, no presente momento, para a caracterização da parada total e irreversível das funções encefálicas em pessoas com mais de dois anos são, em seu conjunto:
 - clínicos: coma aperceptivo com arreatividade inespecífica, dolorosa e vegetativa, de causa definida. Ausência de reflexos corneano, oculoencefálico, oculoestibular e do vômito. Positividade do teste de apnéia. Excluem-se dos critérios acima os casos de intoxicação metabólica, intoxicações por drogas ou hipotermia;
 - complementares: ausência das atividades bioelétrica ou metabólica cerebrais ou da perfusão encefálica;
 - período de observação desse estado clínico deverá ser de, no mínimo, 6 horas;
- a parada total e irreversível das funções encefálicas será constatada pela observação desses critérios, registrados em protocolo devidamente aprovado pela Comissão de Ética da Instituição Hospitalar;
- constatada a parada total e irreversível das funções encefálicas do paciente, o médico, imediatamente, deverá comunicar tal fato a seus responsáveis legais, antes de adotar qualquer medida adicional.

Outras instituições internacionais adotam conceitos de Morte Encefálica, reforçando o descrito anteriormente. Cito a Declaração de Sidney, adotada pela 22ª

Assembléia Médica Mundial, em Sidney, na Austrália, e emendada pela de Veneza, Itália, em 1983, e da Pontifícia Academia das Ciências, organismo do Vaticano.

Para alguns estudiosos da bioética, o conceito de morte encefálica apresenta um deslize, abrindo uma lacuna para discussões jurídicas e bioéticas. Esse evento ocorre com a expressão 'parada total e irreversível das funções encefálicas EQUÍVALE à morte'; para esses estudiosos, o conceito deveria estar redigido da seguinte forma: 'parada total e irreversível das funções encefálicas É morte'.

O protocolo para o diagnóstico médico de morte encefálica (Anexo A), com os exames clínicos descritos anteriormente, é realizado inicialmente pelo médico intensivista acompanhado do enfermeiro.

A equipe multiprofissional acompanha todas as etapas do processo de diagnóstico de morte encefálica. Nesse procedimento, evidenciamos sentimentos de impotência, tristeza, desequilíbrio emocional, contrapostos a sentimentos de solidariedade compartilhados com os valores éticos, culturais e religiosos entre a família e a equipe multiprofissional.

Sabemos que as reações emotivas são individuais e particularizadas, reflexo da sensibilidade e fragilidade do momento vivido. Alguns membros da equipe manifestam indiferença nesse momento, como um procedimento técnico semelhante a tantos outros realizados na unidade de terapia intensiva. Essas ações provavelmente são a resposta da alienação dos trabalhadores ao mecanicismo rotineiro da terapia intensiva.

Refletir sobre as diferentes reações emocionais encontradas em um ambiente de trabalho requer um conhecimento da personalidade dos trabalhadores, das concepções éticas, considerando nesses casos a imprevisibilidade de reações.

O comportamento dos profissionais está influenciado pelos valores e crenças pessoais e coletivas, refletindo no seu agir profissional. A concepção filosófica sobre a morte, a tomada de decisão e o preenchimento do protocolo de confirmação de morte encefálica, a aceitação/assimilação da morte como limite natural da vida, reflete na auto-imagem do profissional.

Esses posicionamentos éticos são reflexos de nossa herança cultural, moral e religiosa e da formação dos profissionais da saúde, que muitas vezes, não são preparados para lidar com a morte. Torna-se importante descrever que alguns cursos de

medicina e de enfermagem não possuem, regularmente, no currículo, o conteúdo teórico-prático de identificação de morte encefálica (SEGRE & COHEN,1999).

As relações interpessoais com a família e equipe, na maioria das vezes, são tensas e emocionadas. Precisamos desenvolver um relacionamento autêntico, de autoconfiança, de credibilidade e humanismo. Segundo Betinelli (1998), a relação entre pessoas é uma vivência percebida com intencionalidade, que compreende o encontro, presença, resposta, diálogo, reciprocidade ou não, liberdade – autonomia e intersubjetividade – objetividade.

O autor aponta a sua percepção das relações, num contexto que busca a valorização do ser humano e o respeito às concepções éticas, religiosas, culturais e sociais, em que deve ser respeitada a liberdade de escolha e autonomia de cada componente, preservando a sua dignidade da vida e da morte.

Qualquer que seja a opinião dos profissionais da saúde sobre a doação de órgãos, cabe o respeito à autonomia do paciente e familiares. Essa relação deve ser assumida com prudência, sabedoria e solidariedade.

A lei brasileira garante ao paciente e aos familiares o direito do consentimento informado para a doação de órgãos. Dessa forma, fica evidenciada a prioridade do direito individual ao dos interesses coletivos.

2.9.1 Lei Brasileira de Doação de Órgãos

Segundo Garcia (1999), a legislação de transplantes no país começou com a Lei nº 5.479 promulgada em 10.8.1968, para que se pudesse dar início aos transplantes cardíacos. Porém esta lei não continha a proibição expressa ao comércio de órgãos ou alguma forma de controle do emprego de doador vivo não aparentado. A nova Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 199, parágrafo 4º, proíbe expressamente o comércio de órgãos e tecidos do corpo humano.

A Lei 9.434/97, que entrou em vigor em 1.1.1998, implantou o consentimento presumido, através do artigo 4º, que dispõe: “salvo manifestação de vontade em contrário, nos termos desta Lei, presume-se autorizada a doação de tecidos e órgãos ou partes do corpo humano, para finalidade de transplantes ou terapêutica *post mortem*”, teve como estratégia que todo o cidadão é doador de órgãos, por definição. Essa Lei

obrigou os indivíduos a expressarem em documentos de Identidade Civil e na Carteira Nacional de Habilitação sua opção de doador ou não doador.

Essa lei sofreu mudanças condicionadas às pressões da sociedade, pelo direito à autonomia e pela resposta negativa, ocasionada pela redução do número de transplantes. Atendendo à solicitação do Ministro da Saúde, o Presidente da República promulgou a Medida Provisória nº 1.718, em 6.10.1998, a qual exige o consentimento familiar, revogando, portanto o consentimento presumido, mas mantendo a negativa de doação em documento de identidade.

A nova lei garante ao paciente e seus familiares o direito do consentimento informado que, segundo Goldim *et al.* (2000, p.14), “tenta garantir e fortalecer a autonomia do indivíduo, principalmente em situações controvertidas e às vezes únicas na vida de uma pessoa”. A partir de março de 2001, o consentimento familiar tornou-se obrigatório, não valendo legalmente o desejo expresso em documento.

Em 16 de agosto de 2000 pela portaria nº 901/GM, cria-se a Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, subordinada ao Sistema Nacional de Transplantes, tendo como atribuições o gerenciamento da lista única nacional de receptores estaduais, regionais e nacionais e de garantir a equidade e transparência na distribuição de órgãos e tecidos para transplantes e enxertos, entre outros.

A partir do surgimento do Sistema Nacional de Transplantes, Lei Nacional de Transplantes e todas as portarias que apoiam, estimulam e remuneram os serviços, tornou-se mais fácil a organização de equipes de Coordenadores Intra-hospitalares para Captação de Órgãos. Há vontade política e determinações legais que obrigam os hospitais a integrarem-se nesse contexto, sob pena de perder direitos adquiridos, por exemplo, credenciamentos de UTIs e Serviços de Emergência.

2.10 Reflexões do cotidiano do trabalhador da saúde

O ambiente da Unidade de Terapia Intensiva é caracterizado pelo espaço físico no qual os equipamentos e materiais sofisticados, aliados a uma organização rígida de normas e rotinas, tornam o ambiente tenso, agressivo e impessoal. Nesse contexto tecnicista, centrado na produtividade, cientificidade, na obtenção de resultados rápidos e

concretos, parece haver pouco espaço para a subjetividade, sensibilidade e valorização do ser humano.

Essa aparente alienação dos profissionais na prestação de cuidados especializados, fragmentados e unilaterais pode provocar uma reação em cadeia que resulta em desmotivação e insatisfação no trabalho. E, como consequência disso, percebe-se um cuidado automatizado, levando o profissional da saúde a tratar o paciente como objeto.

Trabalhamos em uma UTI em que as situações de urgência liberam nossa adrenalina e ficamos propensos ao estresse, hipertensão e depressão. A complexidade das atividades gera problemas emocionais causados pela dor, sofrimento dos familiares, nosso sofrimento em ver a dor do outro, medo da morte como finitude humana. As manifestações comportamentais, para alguns profissionais, são escudos protetores, anulando a sensibilidade, a tolerância em acompanhar o sofrimento, a dor e a morte do outro, com o envolvimento pessoal com o paciente e família, e até com a equipe. Outros se manifestam mais receptivos e abertos, demonstrando solidariedade, altruísmo, troca de energias e humanismo.

Nesse contexto, Beck (1999, p. 72) afirma que

[...] a emoção, dor e sofrimento dos familiares, manifestados através do choro e do desespero, perturbam muito os profissionais de saúde. Na verdade, parece que os trabalhadores de saúde do hospital não sabem 'lidar' com seus sentimentos, até porque não foram instrumentalizados em sua escolas de formação para tal.

Complementando a referida autora, os profissionais continuam não sendo instrumentalizados no ambiente de trabalho, como investimento da própria instituição empregadora.

O reconhecimento dos valores, crenças e culturas dos trabalhadores da saúde, do auto-conhecimento, da auto confiança e da compaixão para com os pacientes e colegas, das trocas de experiências e consciência de que somos seres humanos e trabalhamos com seres humanos, fazem com que busquemos um equilíbrio emocional entre o viver e o fazer de nosso cotidiano, um encontro autêntico entre pessoas, desenvolvendo o conhecimento intuitivo e a sensibilidade.

Concordo com Gomes (1978, p. 28), quando define que

[...] a UTI é estressante para equipe de saúde, em especial para a enfermagem. Estar ao lado de um ser humano, compartilhar com ele a situação existencial expressada pelo binômio vida-morte, exige engajamento total na profissão escolhida. Ser uma pessoa ao lado do indivíduo e não uma testemunha, manter o relacionamento eu-tu e não eu-coisa são características da enfermagem comprometida.

O relacionamento interpessoal que inclui a compreensão e compartilhamento de saberes, crenças, costumes e valores éticos de um indivíduo, de uma família e de uma equipe proporcionam a criação de uma identidade coletiva, individual na busca de uma harmonia social.

Diante dessa realidade, torna-se imperiosa uma abertura para as reflexões críticas do ser e fazer da enfermagem e da medicina, analisando a ética e a postura profissional por parte de alguns integrantes do grupo de trabalhadores da saúde. Cabe a nós refletirmos sobre as necessidades humanas e o embasamento técnico necessário para este atendimento.

Concordando com Leopardi (1999, p. 85), na UTI “os doentes aparentemente são individualizados em seus leitos, mas são homogeneizados pelos métodos assistenciais, de modo que além do simples emprego de uma estratégia organizada do trabalho, temos que pensar sobre o fundamento ético”.

Reforçando este pensamento, Ramos (1999, p.239) diz que

[...] o exercício de refletir sobre a própria prática sempre será desafiante e também indispensável, principalmente, quando é através dele que podemos olhar melhor para nossos modos de pensar, de optar, de reconhecer e estabelecer pautas para o agir. Quando esse exercício é proporcionado num ambiente estimulante [...] atinge o sentido mais amplo, de compartilhamento e da busca ativa e criativa do saber, o do diálogo como princípio da formação da autonomia.

Tais referenciais teóricos apontam para a necessidade de reflexão na área da saúde sobre o modo de cuidar, a partir da valorização do outro e de suas experiências vivenciadas, principalmente, a respeito de si próprios, enquanto seres no mundo. Assim, esses profissionais conseguirão compreender melhor essa experiência e ter subsídios para prestar uma assistência de saúde qualificada.

Essas atividades, consideradas também como uma prática da ética, devem ser compartilhadas e desenvolvidas continuamente, através das relações interpessoais efetivas e de um senso com valor moral e não só por meio de atitudes individuais isoladas. Esse relacionamento deve incluir o profissionalismo, o companheirismo, a reciprocidade e a solidariedade.

Para Gonzales (1999, p. 58), “se o indivíduo não experimenta para si uma possibilidade interativa, terá sérias dificuldades em lidar com sentimentos, desejos, manifestações de valores e crenças de outras pessoas”. Concordando com a autora, o profissional conhecendo-se a si mesmo através do desenvolvimento da auto-percepção, identificará suas dificuldades, suas limitações e suas qualidades, identificando-se como pessoa ‘ser de relações com o outro’. Isso possibilitará reconhecer no outro as crenças e valores que fundamentam o seu viver.

Dessa forma, poderá compartilhar com a equipe de trabalho seus sentimentos e angústias sobre a morte do outro, sobre sua própria morte, sobre o valor do seu corpo e de sua existência.

Complementando, Beck (1999, p. 73) afirma que

[...] as percepções de que a morte é inevitável, que a vida e a morte fazem parte de um só fenômeno e que é possível apresentar um comportamento diante do morrer fundamentado na educação das emoções, do conhecimento, do sentimento, auxiliam na conscientização de que as coisas são transitórias e que se deve valorizar cada momento vivido, respeitando e aceitando a morte do outro.

Essas situações conflituosas são redimensionadas com o tema ‘doação de órgãos’, em que as concepções éticas, sociais, culturais e religiosas de cada trabalhador da saúde algumas vezes confrontam-se com as divergências de posições entre equipe, família e paciente. Há necessidade de abrir espaços interativos para refletir o nosso cotidiano, abordando assuntos de interesse do grupo de trabalhadores e, principalmente, na percepção da morte como lei natural da vida e não com enfoque de fracasso profissional e tecnológico.

Nesse enfoque, torna-se oportuno ao trabalhador da saúde formar grupos de discussão para estimular a comunicação entre os mesmos, compartilhar as percepções individuais, os sentimentos vivenciados junto ao paciente com morte encefálica e sua prática ética.

Numa relação interpessoal efetiva do cuidador da saúde, torna-se importante a busca e reconhecimento da empatia, do auto-conhecimento, da autoconfiança e da compaixão para com os pacientes, desenvolvendo um pensamento crítico, criativo e reflexivo. O diálogo é a essência da comunicação entre as pessoas, seja ele verbal ou não verbal. Ele também se faz através de mensagens transmitidas na entonação da voz, nos gestos, nos olhares, na expressão facial, nos movimentos do corpo e também no silêncio (TRAVELBEE,1982).

Concordando com a autora citada, a qualidade das relações interpessoais depende de voltarmos o olhar também para a comunicação não verbal das pessoas, para podermos entendê-las, principalmente quando não dizem tudo que sentem ou pensam. Nessa relação pessoa-a-pessoa é possível conhecer o outro em sua individualidade singular, num estar aberto, receptivo e disponível para outra pessoa, de um modo recíproco, favorecendo assim que ocorra um diálogo autêntico.

Nesse contexto de relação entre as pessoas, trabalhadores e suas percepções, no enfrentamento da dor, do sofrimento pela doença e morte vivenciadas em nosso cotidiano e seus significados, é possível construir um trabalho interativo, na Unidade de Terapia Intensiva, valorizando o ser humano (equipe-paciente-família) com suas concepções éticas, políticas, religiosas e sociais, com perspectiva de humanizar e qualificar a assistência de saúde, respeitando os princípios da bioética.

CAPÍTULO III

PERCURSO METODOLÓGICO

O presente trabalho foi desenvolvido junto aos trabalhadores de saúde da Unidade de Terapia Intensiva Adulto de uma instituição hospitalar pública da cidade de Santa Maria, com o intuito de compreender as percepções e concepções acerca do cuidado ao paciente e familiar potencial doador de órgãos, à luz dos princípios da bioética, através de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa. Este capítulo destina-se à explanação da maneira como foram desenvolvidas estas atividades.

3.1 Cenário do estudo

Santa Maria é uma cidade de aproximadamente 250 mil habitantes, localizada na região central do estado do Rio Grande do Sul. Pertencente a Quarta Colônia Italiana, a sua economia está baseada no comércio, não possuindo nenhuma indústria de porte significativo. Conta com uma Universidade Pública Federal e quatro instituições privadas de ensino superior em franca expansão, atraindo elevado número de estudantes de todo o estado, país e exterior. Sua população é formada por descendentes de imigrantes europeus, principalmente italianos e alemães, o que nos permite fazer algumas relações influenciadoras de sua cultura.

A religiosidade está presente e muito forte junto à população, justificada pela presença de vários centros de formação religiosa (conventos, seminários), tendo alguns como únicos no sul do país.

A população de trabalhadores do Hospital Universitário é formada predominantemente por descendentes de imigrantes italianos e alemães, mantendo evidentemente, forte influência na sua cultura.

3.2. Local do estudo

É um hospital público federal que mantém atendimento primário, secundário e terciário, com diversas clínicas e especialidades. Atualmente dispõe de 275 leitos e uma área física de 25.500 m² de construção vertical, com atendimento a pacientes procedentes de Santa Maria e outras regiões do estado. Por sua peculiaridade, atende à comunidade nas áreas de ensino, pesquisa, assistência e extensão.

A Unidade de Terapia Intensiva está localizada no 5º andar do hospital, com atendimento de clínica geral, dispondo de um total de dez leitos, sendo um desses um leito de isolamento.

O quadro de funcionários é composto por sete enfermeiros concursados, cinco técnicos de enfermagem, quatorze auxiliares de enfermagem, dois auxiliares de serviços gerais, um auxiliar de saúde, dois secretários, sete acadêmicos de enfermagem como bolsistas, distribuídos nos turnos manhã, tarde e noite. O corpo médico é formado por doze médicos intensivistas e residentes de plantão nas 24 horas. Dois fisioterapeutas também fazem parte do quadro de pessoal. Atuam, ainda, docentes e acadêmicos dos cursos de enfermagem, medicina e fisioterapia.

As normas e rotinas da unidade estão em fase de atualização e fundamentam-se nas recomendações de literatura especializada e adequada ao intensivismo, como monitorização cardíaca e hemodinâmica, avaliação neurológica, função respiratória, nutricional e controle de infecção, dentre outras.

As atividades desenvolvidas pelos médicos são intensivas e curativas, com atuação direta junto ao paciente grave e com risco de morte iminente, prescrevendo ações de diagnóstico e tratamento.

As atividades desenvolvidas pelo enfermeiro são de ordem assistencial-administrativa. A metodologia de assistência de enfermagem aplicada neste serviço foi adaptada conforme a característica e necessidade do serviço, constando de uma evolução de enfermagem de cada turno de trabalho, de um histórico, descrito no dia da internação, junto da evolução diária e de uma prescrição de enfermagem atendendo às necessidades individuais do paciente internado. A metodologia da assistência de enfermagem segue a Teoria de Wanda Horta.

As atividades desenvolvidas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem são direcionadas ao cumprimento de rotinas de enfermagem, da orientação de enfermeiros e da prescrição médica.

O horário de visitas dos familiares, atualmente, é das 10:30 às 11:00 horas, pela manhã, à tarde das 16:00 às 16:30 horas e à noite das 20:00 às 20:30, havendo flexibilidade nos intervalos, com permanência de um familiar, conforme o caso. O médico fornece informações sumárias sobre o estado de saúde do paciente, após o horário de visitas. O atendimento espiritual está sendo estimulado com a presença do pastor ou padre, respeitando a crença do paciente. Os familiares possuem uma sala própria e adequada para a sua permanência no setor.

A clientela atendida pelo hospital é composta, essencialmente, por pessoas conveniadas ao SUS. A unidade atende a uma demanda bastante variável. Uma pesquisa recente evidenciou que o nível de gravidade dos pacientes atendidos é muito elevado, estando a taxa de mortalidade em torno de 40%, nos meses de março a agosto de 1999 (CAMPONOGARA, 2000).

3.3 Sujeitos do estudo

A escolha do campo de investigação deve-se à característica da unidade, que atende pacientes críticos e com morte encefálica, com tecnologia avançada e sistematizada para esses cuidados. O Ministério da Saúde credencia apenas os hospitais com UTI para a captação de órgãos para doação e transplante.

O estudo contou com a participação dos trabalhadores da saúde da UTI adulto em número de 28 pessoas, exercendo os cargos de médico intensivista, médico residente, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e fisioterapeuta.

A participação foi de forma espontânea, livre, contemplando os trabalhadores dos turnos manhã, tarde e noite.

3.4 Tipo de estudo

A pesquisa foi do tipo exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa.

Para Richardson *et al.* (1999, p. 80),

[...] as pesquisas que empregam a metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, [...] o entendimento das particularidades dos comportamentos dos indivíduos.

Complementando, Martins, citado por Rodrigues & Leopardi (1999, p. 4), refere que “a investigação qualitativa tem como propósito esclarecer os significados de fato, ter uma representação do fato ou fenômeno [...] é uma tentativa de compreender detalhadamente os significados e as características situacionais apresentadas pelas pessoas”.

Segundo os autores estudados (POLIT, 1995; RICHARDSON, 1999; RODRIGUES & LEOPARDI, 1999; MINAYO, 2000), o método para a investigação qualitativa está vinculado diretamente às experiências vivenciadas pelas pessoas, devendo estas serem aceitas como verdadeiras e representativas. Para eles, o pesquisador que realiza uma investigação descritiva exploratória observa, descreve e classifica o fenômeno da maneira pela qual ele se manifesta e os outros fatores com os quais ele se relaciona.

Para Gil (1999, p. 43), as pesquisas exploratórias “têm como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias para auxiliar nos estudos posteriores”. Apresentam menor rigidez no planejamento em relação a outros tipos de pesquisa, e envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso. Segundo o autor, os procedimentos de amostragem e técnicas quantitativas de coletas de dados não são aplicados neste tipo de pesquisa.

As pesquisas descritivas salientam-se, segundo Gil (1999, p. 44), como “aquelas que estudam as características de um grupo social, incluindo as pesquisas com objetivo de levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população”.

As pesquisas exploratórias descritivas são comumente usadas pelos pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática, sendo também solicitadas pelas instituições de serviços (GIL, 1999; HAGUETTE, 2000; MINAYO, 2000).

3.5 Coleta de dados

O pesquisador, para proceder à coleta de dados deve definir os instrumentos e a maneira como pretende fazer a exploração do campo. Minayo (2000, p. 105) entende por campo, na pesquisa qualitativa, “o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação”. No campo, recorreremos aos instrumentos de trabalho para a obtenção do nosso objeto de pesquisa: para Minayo (2000, p. 99), “ao nível da pesquisa qualitativa, os instrumentos de trabalho de campo são: o roteiro de entrevista, os critérios para observação participante e os itens para a discussão de grupos focais”.

Neste estudo, utilizei os dados relatados no desenvolvimento da prática assistencial educativa direcionada a um grupo de trabalhadores da enfermagem, entrevistas não estruturadas e uma observação ilustrativa.

3.5.1 Primeira etapa

Consta do desenvolvimento de uma Prática Assistencial Educativa direcionada a um grupo de trabalhadores da enfermagem da UTI adulto, com o intuito de resgatar os significados do cuidado ao paciente e familiar potencial doador de órgãos, através da sensibilização e problematização dos valores éticos, sociais e religiosos. Essa etapa preliminar foi realizada no período de 30 de abril a 30 de julho, tendo sido avaliada em seu potencial de continuidade e aprofundamento e fornecendo as bases para a definição das etapas seguintes deste estudo. Este trabalho atendeu aos requisitos das disciplinas de: Aspectos Éticos na Assistência de Enfermagem, Aspectos Educacionais na Assistência de Enfermagem e Prática Assistencial em Enfermagem.

No seu desenvolvimento foram realizados seis encontros, contemplados por oficinas lúdicas (quadro Apêndice A), onde foram propiciadas reflexões dialógicas, embasadas pelos passos metodológicos da Teoria das Relações Interpessoais de Joyce Travelbee. Essa teoria fundamenta e orienta o processo de comunicação efetiva de pessoa-a-pessoa, possibilitando, nesses encontros, elevar a compreensão do ser humano para a melhoria das relações interpessoais, com o afloramento da intersubjetividade, sensibilidade, confiança em si e no outro, empatia, autoconhecimento e compromisso ético dos trabalhadores em seu cotidiano de trabalho.

A avaliação dos encontros deu-se através da participação e sensibilização do grupo, com *feedback* dos assuntos trabalhados e das percepções de cada participante sobre o tema estudado.

Os dados coletados sofreram análise qualitativa, com direcionamento aos aspectos sustentados pelo referencial teórico da bioética, pelo marco conceitual, pelos pressupostos e pelo processo de enfermagem embasada na Teoria das Relações Interpessoais, de Joyce Travelbee.

As questões éticas do cotidiano de trabalho foram compartilhadas através de uma prática educativa inovadora, alicerçada por reflexões a respeito da individualidade e singularidade do ser humano, fazendo-nos pensar sobre as concepções, valores, crenças que interferem em nosso agir pessoal e profissional.

Dentre os conflitos e dilemas éticos enfrentados por estes trabalhadores, destaco: o valor da comunicação e das relações interpessoais entre a equipe multiprofissional-família-paciente; as diferentes condutas profissionais e posturas éticas; o respeito às diferenças de valores, princípios e concepções que muitas vezes causam confrontos com a família e trabalhadores da saúde, principalmente no cuidado ao paciente potencial doador de órgãos; as situações limite entre a vida e a morte, que envolvem a distanásia (processo de morte doloroso e prolongado), a ortotanásia (morrer com dignidade); a qualidade da assistência de saúde prestada aos usuários do SUS.

Os dados obtidos no desenvolvimento desta prática assistencial educativa sofreram nova análise textual qualitativa, sob a ótica do referencial teórico dos princípios da bioética. O resultado desse relatório representa a fonte documental da primeira etapa da coleta de dados da dissertação.

3.5.2 Segunda etapa

3.5.2.1 Entrevista aberta (apêndice B) com trabalhadores da saúde da UTI adulto

Optou-se pela entrevista aberta, pelas vantagens de obter resposta dos entrevistados com maior liberdade, contribuindo dessa forma, com informações ricas em conteúdo e profundidade sobre o tema estudado.

Segundo Richardson (1999, p. 210), a entrevista guiada “permite ao entrevistador, utilizar um guia de temas a ser explorado durante o transcurso da entrevista”, ou seja, uma ajuda à memória, para retornar assuntos de importância que no relato não foram enfocados. Conforme o autor, o pesquisador conhece previamente os aspectos que deseja pesquisar, mas procura aprofundar-se através dos dados fornecidos pelo entrevistado.

Para Minayo (2000, p. 99), a entrevista “é um roteiro que visa apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa, contendo poucas questões”. É um instrumento que orienta uma conversa com finalidade, sendo um facilitador para a abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação. Segundo a autora, alguns itens são indispensáveis para o delineamento do objeto, em relação à realidade empírica estudada: a) cada questão que se levanta deve fazer parte do delineamento do objeto, e todas devem se encaminhar para dar forma e conteúdo; b) permita ampliar e aprofundar a comunicação e não cerceá-la; c) contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto.

Ao entrevistador cabe observar as orientações da entrevista aberta, para não transformá-la em dirigida e estruturada, e aproveitar para aprofundar os temas de interesse no momento da abordagem, mantendo sempre um ambiente de empatia e receptividade.

A entrevista foi testada e validada previamente, permitindo um maior domínio da técnica e qualidade nas respostas obtidas pelos entrevistados.

Foram entrevistados 28 pessoas, entre médicos, residentes, fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

As entrevistas foram realizadas pela enfermeira responsável pela presente pesquisa, com agendamento dos entrevistados. Foi solicitada permissão para gravar as entrevistas em fita cassete, que posteriormente foram transcritas.

Mesmo tendo coletado dados com a equipe de enfermagem no desenvolvimento da prática educativa, foi oportuno que os integrantes participassem da entrevista, visto que muitos sentem-se inibidos e pouco à vontade de falar em grupo, ou mesmo por esta significar uma oportunidade para expressão de novas questões ou temas já abordados. Estes dados contribuíram significativamente com informações nesta nova etapa de trabalho.

3.5.2.2 Observação Ilustrativa

Para Ludke *apud* Ramos (1995, p. 55), na técnica de observação, o

[...] pesquisador é o principal instrumento, já que é ele quem, através de sua percepção, sensibilidade e visão de mundo, traduz o momento do real em dados passíveis de análise, apreendendo não apenas o fenômeno, mas a perspectiva dos sujeitos, o significado que eles atribuem à realidade que os cerca e às próprias ações.

Com o objetivo de confrontar as falas dos entrevistados com a prática cotidiana no processo de doação de órgãos, busquei uma 'visualização do cenário', do fazer do sujeito e das relações estabelecidas entre equipe, família, paciente, evidenciando, em especial, a congruência ou as contradições entre o falar e o fazer neste processo de trabalho.

A observação ilustrativa foi realizada em novembro de 2001, durante a realização de um processo de doação de órgãos, contemplando um entrevistado.

3.6 Análise dos dados

Após a transcrição das entrevistas e a organização dos dados coletados na prática assistencial, formando o corpo documental, fiz uma análise de conteúdo, procurando através desses dados, identificar as concepções e as percepções do trabalhador intensivista no cuidado ao paciente e ao familiar potencial doador de órgãos e do seu posicionamento frente a doação e transplante.

Buscando um referencial do que seja análise de conteúdo, busquei Bardin (1977, p.38) que define

[...] como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

Segundo a mesma autora, o pesquisador deve ultrapassar o olhar imediato, das aparências, para compreender as significações, a descoberta de conteúdos latentes, e as mensagens contidas no material coletado.

Bardin (1977, p. 31), defendendo a análise de conteúdo como adequada à melhor compreensão das comunicações, pondera que “[...] qualquer comunicação, isto é, qualquer transporte de significações de um emissor para um receptor controlado ou não por este, deveria ser escrito, decifrado pelas técnicas de análise de conteúdo”. E parafraseando Henry & Moscovici, citados por Bardin (1977), refere que “tudo que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo”. Complementando, Minayo refere que essa análise requer raciocínio e criatividade do pesquisador.

Segundo Minayo (2000, p. 203), as tendências históricas da análise de conteúdo “devem ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação”. Continuando, a autora defende que do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo

[...] parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isto, a análise de conteúdo relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção de mensagem.

Operacionalizando essa análise, foi realizada uma leitura do conjunto das falas, de forma exaustiva, buscando uma compreensão desses conteúdos. Após essas leituras, fiz destaque dos temas e relevâncias com intuito de definir as pré-categorias, não definidas previamente à entrevista. Uma nova leitura foi realizada, ressaltando a representatividade dos temas com o objetivo de levantar dados significantes em intensidade e frequência, bem como sua importância e as relações entre eles. A identificação da subjetividade individual e coletiva exigida no ato da doação de órgãos e na relação com o trabalho junto ao familiar doador, possibilitaram formar as quatro grandes áreas temáticas iniciais.

A seguir, foram reagrupadas as pré-categorias, construindo um arcabouço de categorias empíricas, estabelecendo relações entre si. Esta fase possibilitou fazer recortes dos textos significativos da representação dessas categorias e a elaboração de reflexões sob forma de texto, como fase de codificação. O material coletado na observação ilustrativa teve como objetivo fortalecer e confirmar as falas dos entrevistados com a sua prática, ressaltando suas convicções e valores.

As categorias excludentes, representando a diversidade de pensamentos de alguns trabalhadores, embora não expressivos em freqüência, mas fornecendo dados significantes dentro do contexto estudado e tendo relação entre si, foram analisadas, confrontadas e, por sua vez, auxiliaram na visualização da heterogeneidade do grupo estudado. Cabe também ressaltar que as categorias, embora relacionadas entre si, guardam distinções e contradições, ou seja, não são harmônicas entre si.

A partir dos dados significantes extraídos na etapa anterior, foram identificados os núcleos de significados que, a partir do referencial teórico da bioética e dos pressupostos e objetivos definidos, permitiram a interpretação dos resultados desta pesquisa.

3.6 Aspectos éticos

O estudo proposto não ofereceu riscos ou possibilidade de danos a qualquer dimensão do ser humano. A participação foi de caráter voluntário, através de convite informal, sem remuneração, observadas as condições do exercício da autonomia e da liberdade individual.

A cada entrevista realizada, era solicitada a autorização por escrito, conforme impresso (Apêndice C), em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com a autora da pesquisa.

Com o objetivo de manter o anonimato e congregar as diferenças entre os profissionais da medicina, da enfermagem e da fisioterapia, transpondo as formas de conduta do saber e fazer, da razão e da emoção, de gênero, como grupo de trabalhadores de saúde de uma unidade de terapia intensiva, as identificações das falas são apresentadas sob a forma numérica das entrevistas (E-1, E-2), além de um nome fictício escolhido aleatoriamente para cada participante do estudo.

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo constitui a parte central desta dissertação, com uma abordagem voltada à compreensão e significação da experiência do ser humano – trabalhador de saúde de uma unidade de terapia intensiva, no cuidado ao paciente e familiar potencial doador de órgãos.

Nos relacionamentos interpessoais que se processam nessas experiências de trabalho, a individualidade/singularidade de cada um aflora, na busca por pontos de equilíbrio e coerência entre o pensar, perceber e fazer dos sujeitos, numa constituição que, a partir daí, faz emergir uma imagem do coletivo – da equipe de trabalhadores de uma unidade de terapia intensiva. As diferenças e semelhanças na formação pessoal e profissional de cada trabalhador atraem e afastam, reprimem e expandem as relações pessoais, interferindo na complexidade das ações e decisões contrárias e a favor da doação de órgãos. Entretanto, nesse jogo de relações é permitido vivenciar de maneira individual e coletiva a re-significação ética do cuidado ao paciente e familiar potencial doador de órgãos.

Não se tem a pretensão de caracterizar este trabalho como livro de receitas ou códigos de ética e de postura que o trabalhador intensivista deva ter no seu cotidiano, ou explicar o porque de suas ações, pois não se tem a intenção de limitar a sua liberdade de expressão. Entretanto, busca-se, de forma clara, simples e direta, identificar e compreender as influências de valores, princípios e crenças filosóficas, sociais, culturais, políticas e religiosas refletidas no pensar e agir desses trabalhadores no cuidado ao potencial doador de órgãos. Como também estimular uma consciência crítica e reflexiva desse trabalhador, referenciando-o como ser humano que sofre influências do seu meio familiar, social e político e que enfrenta uma complexidade de questões éticas e conflitos cotidianos no seu agir profissional.

Esses questionamentos éticos do cotidiano dos trabalhadores obrigaram a um posicionamento com relação a comportamentos, atitudes e definições de crenças e valores que podem interferir no cuidado a saúde. Frente a essa realidade, estimulou-se o afloramento da subjetividade e a visualização de uma outra ética, voltada para as percepções, significações e a representatividade social do cuidado ao paciente e familiar potencial doador de órgãos.

Este trabalho tem um caráter estimulante e desafiador, por permitir a abertura de espaço para questionamentos da bioética, ultrapassando os limites estreitos de sua interpretação, principalmente no processo de formação profissional em saúde; e possibilitando a valorização social do agir e reagir dos trabalhadores da saúde em terapia intensiva, para além do amparo jurídico e técnico-científico, geralmente sinalizado.

Para melhor compreensão e clareza do presente capítulo, divido os relatos e reflexões em momentos distintos, embora esteja ciente do inter-relacionamento existente entre os mesmos. Assim foram definidos:

- 4.1 o sujeito – trabalhador em seu encontro consigo mesmo
- 4.2 o sujeito – trabalhador em seu encontro com o próprio trabalho
- 4.3 morte – doação – transplante sob a ótica do trabalhador da saúde
- 4.4 princípios da bioética e a relação com o trabalho cotidiano

4.1 O sujeito trabalhador em seu encontro consigo mesmo

Este estudo tem como pressuposto a idéia de que diferentes concepções de valores, de princípios, de crenças religiosas, culturais, filosóficas, repercutem nas atividades cotidianas e nas relações interpessoais entre equipe, família e instituição, bem como a de que a reflexão sobre tais concepções é fator importante para o enfrentamento de desafios no plano técnico e ético-profissional.

Fazer uma auto-análise nem sempre é uma tarefa fácil, principalmente quando não estamos preparados para assumir nossas deficiências e fraquezas. Essa tarefa exige introspecção e auto-conhecimento, em atitudes que articulam a sensibilidade intuitiva e a racionalidade questionadora, voltadas aos aspectos definidores de nossa identidade e existência humana.

A abertura para questionamentos e reflexões éticas sobre **a formação, o perfil e a postura profissional dos sujeitos trabalhadores** é reveladora dos processos de maturidade e consciência dos mesmos, para reportarmos-nos às questões conflituosas e pessoais.

Neste caminhar, observa-se uma heterogeneidade de pensamentos e concepções que, às vezes, se homogeneizam nas ações, como características do ser humano único e singular, em sua convivência social. Também se observam expressões da necessidade de auto-afirmação e/ou aceitação pessoal em assuntos conflituosos e que poderiam desnudar ou ameaçar identidades assumidas, em atitudes que podem levar à simples reprodução das idéias do grupo, sem um posicionamento crítico frente a situações conflitantes.

Através da entrevista, alguns trabalhadores definiram-se como sensíveis frente a determinadas situações e 'frios' ou mais técnicos quando da necessidade de auto-proteção, principalmente nas situações de dor, sofrimento e morte. A diversidade de emoções e sentimentos que marcam as várias experiências humanas define um trabalhador preocupado em manter a mesma identidade como pessoa e profissional.

O trabalhador de terapia intensiva depara-se com conceitos e rótulos aplicados por vários estudiosos, generalizando-o e classificando-o como frio e tecnicista. A característica do serviço de tratamento intensivo está na tecnologia existente e na objetividade das ações para a manutenção da vida, aspectos que neutralizam e que escondem o ser-trabalhador e a tentativa de prestar uma assistência humanizada ao paciente grave.

Nesse aspecto está em evidência a **formação pessoal**, embasada em valores, princípios e crenças que acompanham esse ser-social e sua forma de atuar no mundo durante toda sua vida. As mudanças e adaptações que ocorrem nesse processo de se constituir como sujeito, interferem nas nossas atividades profissionais também como reflexo da nossa auto-imagem.

Alguns depoimentos expressam esses pensamentos:

[...] nós temos sentimentos, nós temos coração que bate, nós não somos máquina, nós emprestamos nossas mãos e agimos com o nosso coração. Nós temos um sentimento forte de família, mãe, irmão. Precisamos de uma base religiosa e respeito ao próximo. Nós somos seres humanos (E-19, Heloísa).

[...] nós possuímos muitos sentimentos, e que muitas vezes estão adormecidos, estão deixados de lado, as vezes pelo corre-corre do dia, as vezes pela ordem de prioridade, se dá maior valor a razão e a sensibilidade é deixada de lado (E-15, Nestor).

Nestes depoimentos, evidenciam-se a percepção da realidade vivenciada e a busca da valorização do sujeito e de sua subjetividade. Somos reflexos de nossa história de vida e pelas possibilidades de rever nossas crenças, conceitos e valores definimos novos padrões de comportamento. Conforme Beardief, citado por Santin (1995, p. 100), “nós conhecemos muito pelo sentimento, pois o sentido não pode ser conhecido sem juízo de valor, o conhecimento do sentido é antes de tudo o conhecimento do coração”.

Em relação ao tema **Doação de Órgãos**, observa-se uma preocupação pela maioria dos trabalhadores, independente de gênero ou cargo ocupado, em atender o ser humano, respeitando suas diferenças, principalmente nas questões de crença religiosa e cultural do paciente e seu familiar. A compreensão de seus próprios valores e crenças como uma prática ética e solidária permite ao trabalhador a compreensão e o respeito com o outro.

Em contrapartida, confirmando a heterogeneidade do grupo de trabalhadores, evidencia-se em alguns a **valorização da atividade técnico-científica** como forma de neutralizar os conflitos com seus valores e crenças filosóficas e culturais, conforme depoimento abaixo:

[...] faço o que tem que ser feito. Eu não expesso meus sentimentos, crio uma barreira, me isolo das angústias, de minhas crenças. Faço sem pensar ou refletir, é simplesmente técnico (E-20, Maristela).

[...] acho que na doação de órgãos o profissional deve ter apenas envolvimento técnico-científico. Acho que não tem que ter envolvimento pelas suas concepções filosóficas e religiosas (E- 7, Mateus).

A **decisão ou definição de condutas** é uma atividade essencialmente técnica e poucas vezes manifestada com interferência emocional e psicológica. É um ato impessoal. Como essa concepção destrói a magia de curar e definir o destino de outro, usa-se o conhecimento técnico científico para atenuar as emoções desagradáveis e amparar os profissionais nas ações. Alguns profissionais criam artifícios para manter-se, no momento do ato em si, em disfarçado equilíbrio emocional, usando seus próprios limites como escudo para diminuir seu estresse e sofrimento. Entretanto, após essa

vivência, principalmente sozinho, as máscaras que o mantinham firme se desfazem, desestabilizando a própria percepção de identidade, quando os limites podem ser exteriorizados através da angústia e do choro. O profissional parece não sair ileso da experiência de dor, sofrimento e morte.

Neste pensamento, Santin (1995) reforça que devemos conciliar a razão e a sensibilidade, a subjetividade e a objetividade na nossa vida, observando que todos tenham o mesmo valor. O resgate da sensibilidade (CAPRA, 1989) reafirma a necessidade do homem não se tornar frio, tecnicista, comparado a uma máquina.

As **crenças religiosas**, de acordo com os trabalhadores, estão entre as mais acalentadas convicções do ser humano, influenciando a sua vida pessoal e social. Concordando com Souza & Moraes (1998, p. 89), “o respeito mútuo às convicções pessoais faz com que haja uma relação pacífica entre as pessoas na atual sociedade pluralista em que vivemos”. Este pensamento permite que haja compreensão e respeito das crenças de si e dos outros. Nessa perspectiva, a crença religiosa ajuda a definir o perfil pessoal e profissional, fortalece e respeita as diferentes concepções e percepções sobre o paciente em morte encefálica. Enquanto que, para outros, o aspecto filosófico e religioso não tem influência no seu fazer, caracterizando a morte como evento orgânico e cientificamente abordável.

Essas confirmações estão expressas nas seguintes falas:

[...] eu acho que o preparo dos trabalhadores depende mais da formação de caráter e espiritual do que propriamente científica, porque por princípio todos da equipe médica e de enfermagem são habituados ao estudo (E-14, Pedro).

[...] quando eu olho uma pessoa eu vejo com vários desdobramentos, que é o indivíduo com o corpo físico e natureza espiritual. Esta crença ajuda como também é fundamental porque acima do que eu acredito, eu tenho convicção (E-7, Mateus).

[...] olha, o que eu posso dizer? Não tenho grandes preocupações espirituais, não sou religioso, para mim a morte é um dado técnico (E-16, Décio).

Essas falas vêm confirmar a impossibilidade de uma uniformização simplificadora em torno de questões éticas e de valores, mostrando as discordâncias de opinião existentes entre os trabalhadores da saúde, mesmo quando se apresenta uma certa coerência de pensamento e ação. Concordando com Selli (1999, p. 61), “cada indivíduo

experiencia e molda seu mundo subjetivo e o exterioriza nas ações sociais, seja na família, comunidade ou na vida profissional”.

Leopardi (1999, p. 85) defende que “os pacientes [neste caso, os trabalhadores] não devem ser homogeneizados pelos métodos de assistência e avaliação, mas respeitados em sua individualidade singular”. Este aspecto foi evidenciado com forte expressão na prática assistencial com os trabalhadores da enfermagem. Há necessidade de respeitar a individualidade de cada trabalhador, evitando as generalizações tanto de opinião como de atitudes. As falas confirmam o enunciado acima:

...cada um tem um posicionamento frente a doação de órgãos, e ninguém está errado. Devemos buscar um consenso (Karen).

... temos idéias diferentes ou semelhantes, cada um deve respeitar as opiniões contrárias às suas. Temos opiniões formadas, cabendo a cada um de nós respeitar e aceitar (Heloísa).

Na prática assistencial com o grupo da enfermagem, a oficina do boneco de argila despertou reflexões como estas:

Todos nós fizemos o nosso boneco e se fossemos olhar, todos são diferentes uns dos outros, ninguém conseguiu fazer igual ao outro, até foi tentado. Como nós somos diferentes uns dos outros, como nós precisamos entender o colega, a pessoa que está ao nosso lado. Precisamos ter compreensão para com as pessoas (Heloísa).

O boneco está perfeito, na maneira como cada um pensa e vê o corpo humano (Andressa).

Este modo de pensar, reflete também, o significado do valor do corpo que segundo Chauí (1995, p. 40), é um

[...] modo fundamental de ser e de estar no mundo, de se relacionar com ele e consigo próprio. O corpo é visível-vidente, tátil-tocante, sonoro-ouvinte-falante, o corpo se vê vendo, se toca tocando, se escuta escutando e falando, um sensível, que sente, que se sabe sentir e sentindo. É uma interioridade exteriorizada e uma exterioridade interiorizada.

Para Merleau-Ponty (2000), essa consciência do corpo tem um significado nas relações interpessoais em especial entre paciente, família e trabalhadores da saúde, em que a percepção dos corpos e do cuidado reflete na auto imagem e auto estima destas pessoas. Nesse aspecto devemos valorizar a individualidade e singularidade do ser, considerando que as crenças, os valores e as experiências vividas marcam significativamente a sua existência no mundo.

A compreensão e compartilhamento de saberes, crenças, costumes e valores éticos de um indivíduo e de uma equipe proporciona uma identidade pessoal, relacionada à conformação de uma identidade e imagem profissional do grupo de trabalhadores da instituição.

No **processo de doação de órgãos**, o trabalhador, estimulado para as reflexões sobre o seu agir profissional, muitas vezes, se vê desamparado pelo despreparo emocional e pela forte carga emotiva que repercute na busca do cuidado humanizado. As questões técnico-científicas são vistas como dever e obrigação de manter um domínio, garantindo uma assistência de qualidade, com atendimento imediato, diagnóstico preciso, competente e responsável. Da mesma forma, garantindo uma segurança e proteção jurídica de seus atos e respeito ao código de ética da profissão exercida. Estas falas reforçam este pensamento:

...a gente procura dar apoio, mas teria que ter alguém, um profissional preparado para dar apoio para estas pessoas nestes momentos, pois nós não temos muito tempo, e também muito preparo. A gente dá esse apoio até certo ponto, pois a angústia é muito grande, depois perdemos a força, pois envolvemos emocionalmente e isto desequilibra, balança emocionalmente[...] conseguimos manter uma certa frieza direcionando nossa atenção para o trabalho... (E-23 Gabriele).

[...] como profissional, posso falar que envolve um conhecimento teórico, técnico importante, bem aprofundado, não é qualquer pessoa que está capacitada para fazer este tipo de diagnóstico, e depois tem que trabalhar com o familiar. Tem que ter um profissional bem preparado (E-26, Gabriel).

Entretanto, observa-se que nas **escolas formadoras** de profissionais da saúde, em especial para o médico e a enfermeira, existe ainda algumas lacunas no currículo das disciplinas, especialmente no conteúdo de diagnóstico de morte e morte encefálica, normalmente limitado a uma abordagem superficial e restrita. A complementação dos conhecimentos, o aperfeiçoamento e a confrontação com a prática cotidiana de uma unidade de terapia intensiva é normalmente realizada através da residência médica e dos estágios extracurriculares dos acadêmicos de enfermagem. Nessa realidade conjuntural, vejo a importância de valorizar a **experiência** da própria equipe ao vivenciar ações e procedimentos relacionados ao processo de doação de órgãos, como estratégias para subsidiar o cuidar-assistir ao potencial doador de órgãos.

Algumas expressões reforçam esse pensamento:

[...] é uma experiência estressante, porque a gente vê o despreparo das pessoas, tanto profissional e principalmente da comunidade (E-27, Jorge).

[...] esse preparo deve ser feito desde a formação na faculdade para os estudantes, instrumentalizando-os para trabalhar com o paciente que está morrendo, e depois na morte. Toda essa fase da vida, muitas vezes é ignorada até pelos professores. Na fase acadêmica a gente recebe uma orientação básica sobre o diagnóstico de morte encefálica, que depois é reforçada na residência da clínica médica (E-21, Andressa).

Falar sobre a **morte e a dor humana** é, para a maioria dos trabalhadores entrevistados, algo proibido, assustador e deprimente. A nossa fragilidade e impotência em abordar este tema, trabalhar com pacientes graves, com as incógnitas da vida, com as diferenças de crenças religiosas e filosóficas, entre tantos outros fatores, despem as máscaras do profissional da saúde que, muitas vezes, se reveste de poder (nas decisões) e conhecimento técnico científico para exercer sua profissão.

Concordando com alguns estudiosos, o profissional da saúde está preparado, por vezes, psicologicamente e tecnicamente para trabalhar com o doente e com a vida. A morte (de)limita e frustra as suas ações e projetos profissionais, bloqueando-o, desestruturando-o e gerando sentimentos de fracasso e incompetência.

Nós não temos preparo para lidar com a morte, a dor, o sofrimento, porque cada caso é um caso e a gente sofre junto (E-25, Luiza).

[...] Cada um tem um jeitinho de tratar, isto não se aprende em livros (E-26, Gabriel).

Nessas reflexões, nos deparamos com a subjetividade que envolve o conteúdo ético da vida e da morte, explicando porque é tão difícil preparar academicamente e profissionalmente o sujeito trabalhador. Em seu trabalho, normalmente o sujeito carece de momentos de compartilhamento de experiências, momentos de *feedback* das suas ações e reações ou um cuidado psicológico para manter a sua saúde mental. A individualidade e singularidade do ser humano inserido na família, comunidade e profissão define suas necessidades e limitações.

Em contrapartida, o **compromisso profissional e ético do trabalhador** intensivista motiva-o para o aperfeiçoamento de seus conhecimentos técnico científicos,

buscando atingir uma assistência médica e de enfermagem de melhor qualidade, com ações rápidas, objetivas e eficazes.

As características peculiares do profissional da medicina, enfermagem e fisioterapia confrontam-se com alguns dilemas éticos, próprios de sua **formação acadêmica**, muitas vezes levando à dificuldade de compreensão do agir e reagir de cada trabalhador. Estes geram conflitos existenciais que repercutem nas ações dos profissionais e no cuidado ao paciente e familiar potencial doador de órgãos.

O papel do médico, pela necessidade de diagnóstico e de condutas frente ao paciente com morte encefálica, está embasado no conhecimento técnico científico, racional e objetivo. O profissional da enfermagem participa dos procedimentos do processo de doação com dever técnico científico, com racionalidade, mas talvez, devido à característica de sua formação ou até pelo predomínio de exercentes do sexo feminino, deixa aflorar a sensibilidade do ato em si. A interação dessas diferentes concepções, sobretudo, fortalece o trabalho da equipe, resultando em melhor qualidade da assistência.

As reflexões sobre o resgate da humanização na unidade de terapia intensiva são necessárias e são agentes transformadores do fazer cotidiano. O surpreendente desenvolvimento da tecnologia não pode substituir a essência humana, o relacionamento pessoal com sensibilidade, afetividade, compreensão e solidariedade. Como grupo heterogêneo, mas com propósitos comuns, se evidenciam algumas manifestações de solidariedade e de compreensão próprias de cada 'ser'. O trabalho é também assumido como forma de vocação e não só como profissão.

Diante da experiência vivida pelo trabalhador de saúde, em especial o médico, o enfermeiro e membro da equipe de enfermagem, é essencial o **preparo técnico-científico, ético-filosófico, legal e emocional** para o cuidado ao paciente com morte encefálica e potencial doador de órgãos. O tempo de trabalho nesta área, definido como **experiência** nesta atividade, a atualização permanente e uma atuação efetiva com respeito aos valores e crenças das pessoas envolvidas, evidencia-se em uma equipe segura e mais tranqüila. Da mesma forma, esta transmite para a sociedade segurança e credibilidade nas suas ações.

A equipe poderá participar com uma postura crítica e com reflexões sobre a bioética, de forma participativa e profissional. As boas relações interpessoais entre

família, equipe e instituição, com um diálogo franco e objetivo, resultam em uma maior receptividade das ações e credibilidade nas condutas.

O caráter e a personalidade de cada trabalhador sofrem influências positivas ou negativas do meio em que ele vive, revelando algumas virtudes, dons, carismas e limitações no enfrentamento das dificuldades e dos deveres no cuidado ao paciente grave.

É preciso ser autêntico, reconhecer sua auto-imagem, tendo coerência entre suas crenças e seu comportamento para desenvolver uma prática ética, valorizando a experiência de vida profissional e pessoal de cada colega seu. A **experiência profissional** permite ao trabalhador valorizar a técnica, como uma aliada na tentativa de preservar a vida e conviver com a morte, não esquecendo da subjetividade do ser cuidado.

Ao assumir seu papel dentro da equipe, o trabalhador com comportamento eticamente embasado busca de forma harmônica integrar corpo/ mente/emoções/espírito de todos os humanos do serviço de terapia intensiva (pacientes, familiares, equipe), proporcionando uma assistência humanizada e ética.

Algumas falas expressam estas reflexões:

[...] é preciso ter segurança nas atividades. Fui pesquisar sobre os aspectos ético-filosóficos e os critérios de morte encefálica. Discutir a própria lei de doação e transplante de órgãos, as implicações legais de se doar órgãos [...] (E-7, Mateus).

[...] nem todos tem preparo técnico para trabalhar com o paciente (E-28, Sérgio).

[...] a questão da bioética é uma questão muito interessante a respeito da doação e do nosso trabalho, nós temos que nos prepararmos cientificamente para coordenarmos esta situação e dar suporte para os membros do grupo nos aspecto filosófico, espiritual e mental (E-14, Pedro).

Na visão dos trabalhadores, a **formação profissional** exige o desenvolvimento de competências científicas, éticas e do comportamento humano, desenvolvendo uma consciência de suas limitações e responsabilidade no seu fazer cotidiano. Estas devem associar-se aos **princípios da bioética**. Esse sentimento de compromisso profissional assumido pelos trabalhadores desde a sua formação acadêmica e pelo exercício da profissão exige posicionamentos e atitudes participativas, críticas e transformadoras,

bastante dificultados pela complexidade do assunto estudado e despreparo emocional e psicológico para abordagens mais profundas.

Para facilitar a compreensão do ser e fazer cotidiano dos trabalhadores no cuidado ao paciente e familiar potencial doador de órgãos, dividirei as reflexões acompanhando as fases do processo de doação.

- Na decisão e realização do protocolo de morte encefálica

O preenchimento do protocolo de morte encefálica é iniciado pelo médico intensivista, respeitando as determinações do Conselho Federal de Medicina. A equipe de enfermagem auxilia e participa na realização do procedimento, fornecendo material e colaborando na identificação e confirmação de uma possível morte encefálica. Muitas reações são manifestadas nesse momento de grande responsabilidade, evidenciando as características individuais de cada trabalhador, retratando suas concepções e sua formação pessoal, as quais estão expressas nestas falas:

[...] a instituição do protocolo em si, não me traz nenhum tipo de ansiedade, eu executo de uma maneira bem tranqüila (E-14, Pedro).

[...] para mim, significa uma responsabilidade muito grande, porque é algo que vai realmente verificar se ocorreu ou não a morte encefálica. Eu levo muito a sério, passo a passo e qualquer dúvida eu suspendo, porque, é claro, o transplante é importante mas a vida deste é ainda muito importante, está sob nossos cuidados, nós somos responsáveis por ela [...]. (E-21, Andressa).

Nas falas, observa-se uma preocupação em desempenhar ações técnicas e científicas com competência, resguardando a imagem desse trabalhador e a vida do paciente.

O **processo de doação** mostra não ser só um cuidado técnico. Está permeado de um forte **compromisso profissional** aliado ao princípio da beneficência e justiça, com respeito às crenças e valores pessoais. Essa diversidade de pensamentos revelada pelos trabalhadores entrevistados define a multiplicidade de conceitos e contradições no plano das ações.

Eu não gosto de participar do protocolo. Gera muita angústia, muita expectativa de ver se está ou não em morte encefálica. Acho que a gente sempre está com esperança de que está vivo (E-4, Oneide).

É uma situação muito angustiante para mim, pela necessidade que eu tenho de definir a conduta, angustiante pela notícia que tenho que dar para a família (E-6, Guilherme).

Eu acho muita agressividade, é muito frio (E-10, Andréia).

O diagnóstico para mim é um ato de extrema responsabilidade. A angústia que vem, gera em torno dele e sob a responsabilidade que você tem em definir uma morte encefálica, porque ela define a conduta (E-6, Guilherme).

Observam-se nitidamente as manifestações subjetivas do trabalhador, impregnado de sentimentos e emoções, que podem interferir nas ações técnicas.

Pelo **compromisso ético**, o trabalhador desempenha muitas atividades que não lhe proporcionam prazer, ao contrário, deprimem e mecanizam as suas ações. O equilíbrio entre a racionalidade e a subjetividade, a objetividade e a sensibilidade é importante e imprescindível no agir cotidiano dos trabalhadores intensivistas.

- No compromisso com a equipe de trabalhadores

Neste contexto, algumas falas expressam a necessidade de alguns profissionais compartilharem emoções e sentimentos, alegando serem de ordem coletiva, justificando dessa forma seus princípios, valores e atitudes.

Refletindo sobre essa forma de agir, é compreensível este comportamento, visto que é uma forma de auto-afirmação e comprovação da cultura coletivista em que vivemos. O trabalho com o doador de órgãos é coletivo.

A busca de justificativas para opiniões pessoais e coletivas, às vezes conflituais, neutraliza os reflexos negativos desse comportamento. Nesse aspecto encaixam-se as decisões de ser doador ou não, deflagradas perante o grupo e a sociedade, e de mascarar muitas vezes o desconhecimento do assunto. Observa-se, nas entrelinhas, a preocupação em manter-se no anonimato frente à decisão de não ser doador, provavelmente por desnudá-lo para prováveis críticas ou medo de represálias do grupo de trabalhadores ou da sociedade. Isso devido à possibilidade de experienciar a necessidade de um transplante e a coerção dessa sociedade para o ato de doar.

Vejamos alguns depoimentos:

[...] a gente quase nunca toca neste assunto, porque tenho certeza que ninguém está preparado para uma decisão assim (E-9, Marta).

[...] a equipe não está preparada para lidar com a morte, apesar de ser freqüente em nosso trabalho. A gente vai ficando um pouco acostumado com o fato, mas muitas vezes [...] nós precisamos nos preparar e dar um suporte para os familiares (E-12, Roberta).

[...] tem muitas pessoas que trabalham na enfermagem e não são doadores (E-13, João).

- No diálogo com a família para comunicação de morte encefálica

A comunicação com a **família** requer muito profissionalismo, credibilidade das ações, equilíbrio emocional e sensibilidade. É importante dar abertura e espaço para os familiares, mantendo diálogo para esclarecimento de dúvidas sobre o que é morte, o que é morte encefálica, como acontece o processo de doação de órgãos e as condutas que serão tomadas nos casos de afirmação e de negação para a doação.

A relação que a gente tem com o evento de morte encefálica e com o potencial doador de órgãos é técnica. O envolvimento com a família pode envolver questões filosóficas, religiosas, e precisamos agir com extremo cuidado para não chocar (E-7, Mateus).

É difícil comunicar o óbito para familiares que tu não conheces, porque fica com a impressão que por eles não te conhecerem, podem achar que você não fez tudo, o suficiente para salvar (E-14, Pedro).

A abordagem à família deve ser de forma clara, não usando termos técnicos para fácil compreensão. Explicar a diferença de morte e morte encefálica, pois geralmente eles não sabem a diferença (E-1, Cláudia).

[...] Chamar a família para uma sala especial, o médico vem e senta com a família, mostra os pontos positivos da doação, ficando a decisão para a família. Não tem mais volta, a morte encefálica é irreversível [...] (E-17, Patrícia).

Outro fator angustiante e que tem sido referido por muitos trabalhadores está relacionado à reação do familiar na comunicação da morte encefálica de seu ente querido. A abordagem feita pelos profissionais resulta em estresse, ansiedade e mal-estar. A preocupação gerada nesse ato está relacionada a reação da família e com a

credibilidade e a imagem desse profissional, da equipe e da instituição hospitalar, perante a sociedade.

No seu agir cotidiano, atrelado às ocorrências diárias de uma unidade de tratamento intensivo e ao compromisso profissional assumido, o trabalhador deste serviço mostra-se mais preparado em comunicar aos familiares o óbito de um paciente como fato consumado, do que comunicar a morte encefálica e falar sobre a possibilidade de doação de órgãos.

É mais fácil comunicar um óbito sem doação. Na morte encefálica, a gente coloca bem claramente que o paciente só está vivendo graças ao funcionamento dos aparelhos (E-21, Andressa).

[...] é mais difícil em lidar com a situação de doar um órgão do que comunicar um óbito. A comunicação de um óbito é um fato consumado. E a doação parte de uma série de outros princípios, aspectos psicológicos, filosóficos, religiosos (E-7, Mateus).

- Na solicitação para doação de órgãos

O apoio psicológico aos familiares durante e após a afirmativa da doação são imprescindíveis para uma assistência de qualidade. Requer um preparo psicológico adequado e coordenado por profissionais habilitados. A comunicação com o familiar, relatando a realidade vivida pelo ente querido e o diagnóstico definido pelo médico, deve se dar em uma relação cordial e respeitosa, independente da resposta afirmativa ou não para a doação de órgãos. São os princípios éticos que devem imperar nesta fase, independente dos valores e concepções individuais do trabalhador. Os grupos de Coordenadores Intra-hospitalares para Captação de Órgãos já organizados em alguns hospitais, assumem a responsabilidade da abordagem à família potencial doadora de órgãos. Nestes depoimentos, evidenciamos a preocupação em demonstrar sensibilidade ao momento vivido, mantendo credibilidade nas ações e nas concepções e valores dos familiares:

[...] ela tem que ser ao mesmo tempo da maneira mais sutil possível, mas com firmeza de conduta e de diagnóstico, nunca deixar de levar em conta todo o sentimento que está envolvido (E-9, Marta).

[...] a dificuldade no meu entender depende basicamente da estrutura espiritual da família. Se ela é bem estruturada espiritualmente, que

conversa, que tem uma visão mais clara das coisas, é mais fácil abordar (E-14, Pedro).

[...] a abordagem é uma coisa difícil, às vezes a família está mais preparada. Conforme vai evoluindo, o médico vai preparando (E-12, Roberta).

O trabalhador tem consciência que a abordagem da família com uma assistência humanizada, com cuidados responsáveis e competentes e com credibilidade, pode ser um dos fatores favoráveis à doação de órgãos. O aspecto religioso interfere na concepção da morte, mas não é tão visível e decisivo na questão da doação de órgãos. A pluralidade de valores éticos é observada tanto na concepção do trabalhador como do familiar.

No depoimento abaixo, o trabalhador de saúde, principalmente da equipe de enfermagem, envolve-se emocionalmente como reflexo da empatia e da autenticidade das suas ações. É importante frisar que o envolvimento estreito entre o trabalhador e a família nem sempre se torna benéfico, interferindo significativamente nas ações. O cuidado humanizado não significa um sofrimento deste trabalhador.

[...] a gente procura dar apoio ao familiar, mas teria que ter alguém, um profissional preparado para dar apoio para estas pessoas nesses momentos, pois não temos muito tempo e também muito preparo. A gente dá esse apoio até certo ponto, pois a angústia é muito grande, depois perdemos a força, pois nos envolvemos emocionalmente e isto desequilibra, balança. Até certo ponto estamos preparados, mas nós somos seres humanos, é uma coisa que sempre nos afeta, conseguimos manter uma certa frieza, mas chega um ponto que você desaba, cai a máscara, daí não adianta. Por isso, eu acho que ninguém está totalmente preparado (E-23, Gabriele).

Observa-se também o esforço do trabalhador intensivista em cumprir o seu papel de bom profissional, dedicando-se ao bem do outro, no caso da família do doador de órgãos. Esse esforço ultrapassa a assistência tecnicista, defrontando-se com as limitações e fraquezas de um ser humano normal mesmo quando preparado para uma prática de beneficência.

Trabalhadores docentes e assistenciais preparam-se adequadamente para o fazer técnico-científico, que, sem sombra de dúvida, é avaliado como uma qualidade da assistência e é atividade que garante a vida de um ser humano com risco de vida. O fator emocional e psicológico muitas vezes, está em segundo plano, visto como uma

conseqüência do trabalho. Essa relação mostra algumas limitações do trabalhador que busca mesmo empiricamente, uma solução temporária para a experiência vivida.

Outro fator angustiante e que tem sido referido por muitos trabalhadores é a expectativa do paciente e familiar ser ou não doador de órgãos. A expectativa pela resposta da decisão de doação gera ansiedade e indefinição de conduta. A preocupação pela forma como a família vai reagir, o respeito aos valores e crenças religiosas, a credibilidade dos profissionais e do protocolo de diagnóstico de morte encefálica refletem na imagem do profissional. Observa-se que quando os familiares têm decisão formada sobre a doação, reduz-se significativamente a angústia destes trabalhadores.

Alguns familiares vem a ti te propor a doação dos órgãos, daí é bem mais fácil, outros não querem nem saber, ouvir ou falar no assunto [...] (E-12, Roberta).

- No cuidado com **o corpo do paciente** em morte encefálica

Algumas manifestações são exteriorizadas no cuidado do corpo doador:

[...] é uma sensação que está atendendo um morto. Não é a mesma sensação de estar atendendo um paciente com esperança de vida (E-1, Cláudia).

[...] eu não vou dizer que tenho um sentimento direto em relação ao paciente, porque tenho um mecanismo de defesa. Cuido para não ter envolvimento emocional, só técnico e profissional (E-2, Paulo).

[...] o cuidado com o paciente doador e não doador são iguais. É um ser que evoluiu para morte encefálica. A preocupação com a higiene e conforto são os mesmos em relação aos demais pacientes (E-19, Heloísa).

É visível a preocupação de alguns trabalhadores em buscar alternativas para restabelecer um equilíbrio nos sentimentos e emoções, transferindo para o compromisso profissional com ação técnica e de dever cumprido, a estética do seu trabalho.

- No cuidado com a família potencial doadora de órgãos

Observa-se como postura coletiva o cumprimento de preceitos éticos, religiosos, filosóficos e morais frente à família do doador. Efetivamente, o trabalhador, dentro de suas condições físicas, organizacionais e do seu compromisso pessoal e profissional, assiste o familiar com qualidade e solidariedade no momento vivido, refletindo sobre suas ações.

Algumas expressões relatam essa experiência:

[...] com relação aos familiares, estão tão sensibilizados, precisam tanto de alguém que chegue para falar nessa hora, a gente não tem muito o que dizer, mas um apoio às vezes é tão importante, uma palavra que diga para eles é uma força que a gente dá (E-9, Marta).

[...] é preciso ter sensibilidade com a família, principalmente para falar sobre a possibilidade de doação (E-1, Cláudia).

[...] o envolvimento com a família pode envolver questões filosóficas e religiosas. A gente tem que agir com extremo cuidado e na verdade, acho que precisa também de experiência neste tipo de atividade (E-7, Mateus).

Em relação ao cuidado do doador, alguns trabalhadores buscam recompor suas energias e sentimentos, transferindo seus pensamentos para o compromisso profissional de salvar outras vidas, quando esta, do doador, já chegou ao fim. O pensamento de fazer o bem para o outro (**receptor**), para a família, supera a sensação de perda, de frustração e limitação. Essa forma de ver a realidade vivida e sentida está expressa nestas falas:

[...] esclarecer a família sobre o que é a doação, a necessidade que se tem de doadores para que nós possamos beneficiar indivíduos que tem ou que possam se tornar ativos novamente e que estão limitados pelas suas doenças (E-7, Mateus).

[...] a nossa equipe vive um lado só, nós só vivemos a história da doação, preparar o corpo para isso, o outro lado não sentimos, não vivemos. Não vemos o receptor, toda aquela história bonita, sabe, a gente vê o lado frio, o lado mais pesado da história (E-10, Andréia).

O comportamento muitas vezes estereotipado da equipe de enfermagem mascara o sofrimento e dor das experiências da **finitude humana**, principalmente se este já viveu a experiência com um familiar seu.

Diante desta grande carga de sentimentos, emoções, porque a enfermagem e demais profissionais permanecem neste serviço, exercendo suas atividades? Estão anestesiados ou encaram o sofrimento com resignação e possibilidade de engrandecimento? Realmente não tenho respostas para estas indagações.

Outra questão importante no cuidado com a família é o sentimento de perda prematura e imprevisível vivenciada pelos familiares. Normalmente, o paciente é jovem, previamente hígido e com morte súbita. A projeção de si ou de um familiar para a situação observada torna diferenciados os modos de enfrentar os conflitos face à **finitude humana**.

[...] Famílias que não conseguem vislumbrar a perspectiva de vida após a morte, que não conseguem vislumbrar um alívio até do sofrimento com o ato de doar, porque para muitas famílias o ato de doar tem sido assim, um atenuante no sofrimento todo, uma gratificação, claro que não se compara de ter o familiar vivo, mas dentro daquela situação particular é uma atenuação do sofrimento, sabendo que outras pessoas vão ficar felizes com isso (E-14, Pedro).

[...] O seu familiar está sem vida ele tem que tomar essa decisão, são duas decisões difíceis, é muito complicado. Sinceramente, se fosse comigo, eu não saberia que decisão tomar. Acho muito complexo, porque é um sentimento de perda, é muita coisa junto, tem que ter uma cabeça preparada para não pirar (E-19, Heloísa).

[...] É um paciente jovem...a família não estava esperando esse evento, então é uma coisa delicada (E-21, Andressa).

O trabalhador muitas vezes identifica-se com o familiar e o paciente, encarando uma possibilidade de também conviver com essa dolorida situação de decidir pela doação de órgãos de seus familiares. A possibilidade de conflito é maior quando essa responsabilidade é transferida para seus familiares, enquanto eles próprios ocupam posição de doador. Existem lacunas no cotidiano dos trabalhadores, principalmente da enfermagem, algumas como resposta da emotividade nas relações, outras pela imaturidade e fragilidade sentida na abordagem deste assunto.

A importância de parar, refletir e valorizar o momento vivido pelos familiares durante o pequeno espaço de tempo que envolve a decisão de doação ou não de órgãos é fundamental para estimular uma compreensão do vivido e de buscar a integralidade do cuidado, mesmo quando mudanças concretas ainda não sejam vislumbradas. O desvelar de cada momento vivido, as emoções, os valores, os princípios de cada trabalhador de enfermagem e de medicina em terapia intensiva reforçam o trabalho ético e reflexivo.

Esse posicionamento ético e a consciência de seu despreparo em comunicar-se com a família são observados nesta fala:

[...] eu tenho dificuldade de falar e de ser inoportuna. Eles estão naquele momento difícil e você vai tentar falar alguma coisa ou de repente é mal interpretada (E-12, Roberta).

- No preparo pessoal e profissional do trabalhador

No contexto da **doação de órgãos**, vislumbro duas realidades distintas: o **profissional preparado tecnicamente** e com prática ética, sustentada por **princípios filosóficos e culturais**, mantendo harmonia com sua identidade pessoal e profissional. Outros trabalhadores com **conflitos existenciais**, insegurança e indecisão nas atitudes cotidianas, interferindo na sua vida pessoal. A imaturidade e a limitação de reflexões sobre o tema **doação de órgãos** contribuem para posicionamentos contraditórios, definindo o perfil de sujeito-trabalhador não doador de órgãos.

Este estudo não tem como objetivo estabelecer julgamento frente às opiniões dos trabalhadores, mas compreender suas concepções e os reflexos neste universo de significações. A seguir, relatarei algumas reflexões estimuladas pela presente pesquisa que, de certa forma, motivaram o grupo a fazer novas reflexões na busca de uma prática educativa transformadora da realidade vivencial.

Para falar a verdade, nunca fiz uma análise crítica em trabalhar diretamente com o doador de órgãos e seus familiares (E-7, Mateus).

Como é que eu vou convencer o pai do fulano a doar se eu não sou doadora de órgãos (E-8, Sílvia).

A gente tinha que ter mais atenção com o familiar (E-19, Heloísa).

A gente se torna, principalmente na UTI, muito mecanicista, porque a UTI exige de ti. Eu acho que deveria se trabalhar um pouco o lado espiritual dos trabalhadores, com a equipe (E-27, Jorge).

A gente nota que de repente a pessoa está em conflito consigo mesma, eu estou em conflito. Ser ou não doador de órgãos? (E-27, Jorge).

Fico numa angústia tremenda quando tem uma doação. Nesse assunto nós não temos identidade. O que tem que ser feito eu faço, mas não expresso meus sentimentos, crio uma barreira, me isolo destas angústias. Faço sem pensar ou refletir nesse ato, é técnico, simplesmente (E-20, Maristela).

Nesse contexto, visualizo um grande bloqueio na expressão de sentimentos e emoções, com dificuldade de contato com sua própria subjetividade. O sentimento é deixado de lado para proteger-se dos conflitos existenciais. Esta aparente passividade nas ações poderá esconder angústias, frustrações, deixando emergir apenas a racionalidade profissional em seu agir.

A abertura para práticas educativas dialógicas favorece reflexões sobre o valor que cada um dá para o ser humano, buscando a compreensão de seus próprios valores e crenças, como uma prática ética e solidária consigo mesmo, permitindo a compreensão e o respeito do outro.

A cumplicidade nas reflexões mostra maturidade e uma preocupação por parte de alguns enfermeiros (e demais membros da equipe de saúde) de romper com os paradigmas da fragmentação e da alienação, valorizando a subjetividade humana. Este novo olhar dos sujeitos trabalhadores ganha mais adeptos, sensibilizados para a humanização de si próprio e do outro.

4.2 O Sujeito – trabalhador em seu encontro com o próprio trabalho

Neste espaço, procuro relatar e analisar o **processo de trabalho** cotidiano na doação de órgãos, mantendo como **sujeito** deste tema o **trabalhador de saúde**. Não pretendo aprofundar-me no estudo do processo de trabalho ao longo de sua história; entretanto, abordarei o objeto de trabalho (neste enfoque será o paciente e família potencial doadora de órgãos), o instrumento, a finalidade e a organização do trabalho. O direcionamento proposto será para os reflexos do trabalho sob o prisma da bioética.

Inserida no contexto mais abrangente da ética, a **bioética** está profundamente inserida no campo da ação e da interação dos profissionais da saúde. Parafraseando Segre (1999, p. 27), a bioética está voltada, dentre outros, “para o relacionamento com os pacientes, não existindo diferença entre o vínculo médico-paciente, enfermeiro-paciente, fisioterapeuta-paciente, psicólogo-paciente, e assim para todas as outras ligações entre os pacientes e os profissionais de saúde”.

Essas afirmações solidificam minhas convicções, pretendendo não fazer distinção em gênero, cargo funcional e formação acadêmica, neste estudo. Não incorrendo na

superficialização desta questão, são evidentes as diferenças na formação dos profissionais da medicina, da enfermagem e da fisioterapia e em suas responsabilidades dentro do contexto do trabalho em saúde.

Cabe aqui ressaltar que a análise desta pesquisa está embasada na subjetividade individual e coletiva, a experiência vivida e a ética em relação com o processo de doação de órgãos. Considerado como um trabalho complexo e conflitante pelo trabalhador, o processo de doação de órgãos envolve-o ética e esteticamente, com tentativas de aliar a tecnologia, o saber técnico-científico e o reconhecimento de possibilidades e limites no seu fazer cotidiano, defrontando-se com a imagem que faz de si e a imagem vista pela sociedade.

Nesse **contexto individual e institucional do trabalho** direcionado para o cuidado ao paciente e família potencial doador de órgãos, as idéias de Ramos (1995, p.36-37) reforçam que devemos

[...] reconhecer o espaço de realização da subjetividade deste trabalhador no exercício concreto de seu trabalho [...] e as bases materiais deste trabalho, mas também seus significados no âmbito da externalização do sujeito através do domínio do saber em ato e da razão sensível e criadora, saber este que se manifesta em tecnologia, mas não se esgota no controle da mesma, pois não é apenas saber operacional mas também é critério do agir ético, ponto de articulação do sujeito do conhecimento e do sujeito moral.

As reflexões que emergem desse contexto fazem vislumbrar um profissional preocupado com o dever e compromisso assumido a partir da formação acadêmica e exercício profissional e as significações do seu agir como reflexo da subjetividade singular de interpretar a realidade vivida.

Aliar os **conhecimentos técnico-científicos**, os preceitos legais e normativos à experiência adquirida pela prática cotidiana, não negligenciando a sensibilidade neste momento peculiar de doação de órgãos, são requisitos imprescindíveis para uma assistência de saúde/morte humanizada e de qualidade. Reforçando esse pensamento, Ramos (1995, p. 74) defende que “os próprios trabalhadores revelam que na formação e início da prática profissional o modelo perseguido é mais definido em termos de capacidades e habilidades técnicas. Só com o tempo e a segurança adquirida outros valores se sobressaem”. Pela natureza do trabalho, ainda é visível a dificuldade de alguns trabalhadores para essa mudança e visão do trabalho.

A verbalização de questionamentos e conflitos éticos dos trabalhadores, sujeitos desta pesquisa, desenharam a realidade do trabalho com o paciente e familiar potencial doador de órgãos e a estrutura funcional das instituições envolvidas. Cabe ressaltar a heterogeneidade de percepções e concepções desses sujeitos frente à sua vivência, caracterizando as diversidades de atitudes e posicionamentos.

Sobre o processo de doação de órgãos, o trabalhador assim percebe o seu fazer como:

[...] é um paciente clinicamente em óbito, mas que ele pode, através da doação de órgãos, determinar ou favorecer a vida de outras pessoas que são dependentes. A gente sabe que o número de doadores é pequeno, a dificuldade em conseguir doadores é difícil, até para reunir todas as condições para se tornar um doador [...] (E-7, Mateus).

[...] existe uma pessoa que está esperando este órgão, e é isto que importa. Acho que a doação é um ato humanitário, de extrema humanidade. É no momento difícil que se decide, não deveria ser assim. O paciente deveria decidir antes e não a família nesse momento difícil de grande emoção (E-6, Guilherme).

Nesses pensamentos, representando a maioria dos trabalhadores da unidade de terapia intensiva, é visível a interface entre a objetividade e a subjetividade do trabalhador nesse processo de doação de órgãos. Evidencia-se a imposição do **dever profissional e técnico** em decidir condutas frente ao paciente com morte encefálica, com uma ação normatizada pela política de doação e transplante e, sobretudo no compromisso e respeito aos princípios da bioética, frente ao paciente, família e ao receptor. É na subjetividade, como consciência de seus valores e crenças, e principalmente de suas convicções de solidariedade, que os sujeitos se definem como potenciais doadores de órgãos.

Como a decisão da doação de órgãos é subjetiva e refletida nos valores e crenças da pessoa, esta requer um maior conhecimento de si própria, uma maturidade emocional e uma postura ética individual.

Outros trabalhadores, indecisos e até visivelmente emocionados, apresentam dificuldades em abordar e discutir o tema **doação de órgãos**, tratando-o como tabu, mesmo participando da equipe de intensivistas. Esse bloqueio (in)consciente interfere no comportamento e atitudes, refletido em uma forma coletiva de expressão:

[...] tem mais colegas que não gostam de falar sobre a doação de órgãos (E-20, Maristela).

[...] o que tem que ser feito eu faço, eu não expesso meus sentimentos, crio uma barreira, me isolo das angústias. Faço sem pensar ou refletir, este ato é técnico simplesmente (E-20, Maristela).

Os **enfrentamentos de dilemas e conflitos éticos** são neutralizados pelo dever profissional, mas que por vezes, interferem na relação pessoal entre equipe, paciente e família. As ações e reações impessoais e insensíveis no cuidado ao paciente e familiar potencial doador de órgãos parecem servir de defesa aos estímulos emocionais desses trabalhadores.

A racionalidade do trabalho técnico-científico torna-se prioridade e é exercida pelos profissionais com habilidade, competência e responsabilidade, sobretudo, porque o emocional fragiliza e despoja o trabalhador de suas 'máscaras' e do 'poder' de decisão sobre o outro, revelando-o como ser humano que sofre, que ama, que experiencia a vida e a morte do outro e de si próprio. A reflexão para o seu mundo particular pode deixá-lo mais atônito e enfraquecido. Cria subterfúgios para não encarar as suas frustrações, seus medos e angústias, tornando-se mais técnico e com ações automatizadas.

A gente não conversa muito sobre a doação, a gente só vê as coisas, e faz aquilo que tem que fazer. Não compartilhamos com os colegas sobre nossas opiniões (E-5, Karen).

O equilíbrio entre **o técnico e o emocional**, o objetivo e o subjetivo, permite um agir em benefício do doador e do receptor. E o benefício ao trabalhador? Este poderá estar marginalizado nas ações rotinizadas do cotidiano. Entretanto, para muitos trabalhadores, principalmente da enfermagem, esse comportamento ambíguo não pode ser confundido com comportamentos insensíveis vividos com ações mecanizadas e frias, que bloqueiam seus sentimentos, isolando-os da dor e sofrimento dessa família. Evidencia-se, nesse contexto, a banalização do sofrimento do trabalhador em unidade crítica, demonstrada no estudo de Beck (2001). A autora defende que as relações interpessoais em unidades críticas são difíceis, pois se referem a situações críticas por si só, tais como a hospitalização, o sofrimento, a dor e a morte de pacientes, as quais envolvem seus familiares, amigos e os trabalhadores da área da saúde. Provavelmente, a imaturidade emocional e a confiança em si e no outro ainda não permitem a algumas

peçoas compartilhar em equipe as suas diferenças individuais, principalmente no tema **doação de órgãos**.

O início do **protocolo para diagnóstico de morte encefálica** rompe a rotina cotidiana do serviço de terapia intensiva, desorganizando a ordem pré-estabelecida, gerando estresse. Concordando com Gonzales (2001) e Beck (2001), o estresse do trabalhador está relacionado ao 'tirá-lo da rotina', ou da ordem natural do trabalho, gerando conflitos e desestabilização emocional. A exigência técnica é entendida como natural e espontânea ao ato.

Vejamos estas falas:

[...] a gente procura não ter envolvimento com o paciente, fico assim no que é técnico, profissional. É o meu mecanismo de defesa contra o estresse (E-3, Eloisa).

[...] quando tem um potencial doador, sempre gera um estresse, e não deveria ser assim. Este estresse não é natural, a gente meio que cria uma aversão ao processo da doação, porque é estressante, procura isolar e não querer aquilo (E-11, Lúcia).

A satisfação e a insatisfação dos trabalhadores na participação do preenchimento do protocolo de morte encefálica remete-o a opiniões favoráveis ou contrárias à doação de órgãos de si e de seus familiares. Além disso, como justificativa de seu estresse e angústia, mergulha em ações técnicas automatizadas, afastando-se da família e bloqueando o relacionamento interpessoal tão importante na assistência humanizada. Verificam-se aí posturas heterogêneas que surpreendem em atitudes às vezes inconscientes e que definem a imagem que a sociedade vê, como trabalhadores de saúde de uma unidade de terapia intensiva.

Lima *apud* Beck (2001), em seu estudo, referenciou a presença de um entrevistado que afirmou gostar de cuidar de pacientes inconscientes, pois os mesmos não exigem desenvolvimento das relações interpessoais, limitando-se ao cuidado físico. Posicionamento semelhante pode ser exemplificado nesta pesquisa, quando pergunto sobre as dificuldades e facilidades que encontram na abordagem à família potencial doadora de órgãos:

A relação nossa com a dor, a morte, eu não tenho estresse, porque não convivo com a família diretamente. Acabou a visita, eles saem, a gente

fecha a porta. É bem melhor assim, não precisa responder dúvidas, não precisa vivenciar nada. Só dar aquele atendimento (E-17, Patrícia).

É interessante refletir sobre a importância de participar conscientemente do fazer e compreender todos os critérios de morte encefálica. Os testes para diagnóstico devem ter clareza de posicionamentos, domínio das técnicas, não admitindo falhas ou dúvidas quanto às fases desse processo. Essa garantia de credibilidade e idoneidade das ações fundamenta os valores morais, éticos e a dignidade do trabalhador de saúde.

A equipe deve estar convencida de que o processo esteja sendo bem feito, tendo certeza de tudo [...] (E-21, Andressa).

Acho que os profissionais precisam saber fazer todos os exames, e respeitar a pessoa que está aqui, ver a pessoa como um todo e não só como corpo doador (E-5, Karen).

A exigência da racionalidade e da objetividade do trabalho é compreendida como essencial para a manutenção da credibilidade e definição de condutas perante o paciente, a família, a equipe e a instituição. Entretanto, o trabalho fragmentado e tecnicista abre espaços para algumas reflexões que podem influenciar no cuidado humanizado. Estas procuram definir o ser-doador como indivíduo inserido em sua família e sociedade, que com sua singularidade trabalhava e realizava seus sonhos. A fatalidade da morte encefálica rompeu com seu trajeto de vida. O reconhecimento do outro o remete para uma possibilidade de também vivenciar essa experiência, considerada como sofrida e sem volta. Dessa concepção, busca prestar um cuidado mais integral ao paciente doador, reconhecendo-o como corpo, mente e espírito.

Em razão da abrangência e **comprometimento social** na decisão de iniciar o protocolo, um entrevistado mencionou a dificuldade individual (que pode ser de muitos) de fazê-lo, influenciado pela emotividade, pelo convívio social com este potencial doador e, por vezes, pela discordância da filosofia de doação de órgãos.

Os profissionais tem um pouco de zelo ou até mesmo medo de colocar em prática o protocolo de morte encefálica ou mesmo abordar a família, até porque não é uma prática comum. Deixam evoluir naturalmente para a morte na maioria das vezes (E-15, Nestor).

A partir da confirmação de morte encefálica e potencial doador, a conduta médica sofre algumas alterações, com objetivo de manter a vitalidade dos órgãos através da manutenção do equilíbrio hemodinâmico. Na maioria das instituições, até por questões econômicas, o exame gráfico (angiografia dos quatro vasos cerebrais, tomografia, eletroencefalografia, dentre outros) que comprova a morte encefálica é realizada após a afirmativa da família para doação de órgãos. Obviamente, na abordagem à família os exames clínicos já confirmam morte encefálica, com participação e assinatura de dois médicos, sendo um neurologista.

A comunicação à família deve ser imediata ao término dos testes de protocolo de morte encefálica, usando linguagem adequada e de fácil compreensão. Na discussão dessa questão deve estar presente a valorização e o respeito aos princípios da bioética, em especial a autonomia, dando liberdade e oportunidade de expressão para este familiar de ser ou não doador, da mesma forma como se considera o aspecto ético-legal da doação. A consciência crítica de participar como ator social nesse processo de doação está manifestada nestas falas:

[...] o contato com a família deve ser o mais breve possível até para determinar a possível oposição da família à doação ou manifestar a vontade do paciente se era contrária ou a favor e também porque como isso envolve tempo e uma série de exames [...] (E-7, Mateus).

[...] em relação ao tratamento que se dá para a família, acho que nós temos que ser isentos, não podemos forçar uma família, não induzir a tomar uma decisão. Nós temos que estar preparados para dar todas as informações necessárias de maneira uniforme e procurar esclarecer todas as dúvidas dos familiares (E-7, Mateus).

[...] tentar explicar para a família que ele está ali, está respirando através do auxílio dos aparelhos, por este motivo o coração também mantém o seu funcionamento. Mas ele está morto, o cérebro está morto, é difícil entender isto. Acho que uns 80% dos familiares não entendem e dá para ver pelo número de não doadores. Acho muito difícil trabalhar nesse processo (E-8, Sílvia).

Estas reflexões remetem-nos a uma consciência das dificuldades naturais que envolvem o relacionamento das pessoas, de uma comunicação adequada e sensível, da credibilidade das ações e sensibilidade de valorizar a influência de valores e crenças, principalmente culturais e religiosas do paciente e familiar. Prevalece nesse ato o respeito à autonomia da família e da valoração da beneficência e da justiça exercida pelo profissional.

O trabalhador percebe e reconhece que o sucesso da doação de órgãos depende do seu preparo e experiência nesse processo de doação de órgãos, em consonância com uma prática ética e moral.

Eu sempre falo para a família que eu não estou pedindo os órgãos, eu apenas estou lembrando a possibilidade de doação (E-13, João).

[...] Tudo depende da conversa, se você tiver uma equipe bem treinada e falar com a família de maneira compreensível, é possível a doação [...] (E-8, Sílvia).

Para Guimarães & Lunardi (2000, p. 138), “o comportamento ético é a expressão no dia-a-dia do compromisso do indivíduo para com as outras pessoas e das maneiras pelas quais os seres humanos se relacionam uns com os outros em suas interações diárias”. Continuando, as autoras defendem que “ao manifestarmos, no exercício profissional, nosso interesse e compromisso com o outro, demonstramos nossa opção por uma assistência humanizada, o que prevê e requer a tomada de consciência dos possíveis dilemas éticos presentes nesta relação”.

O trabalhador reconhece e respeita as dificuldades e sentimentos que envolvem a família na decisão de doação de órgãos, relacionando-os com a sua vida pessoal e suas experiências individuais. Evidencia-se a construção de um novo agir, vislumbrando formas criativas e humanas de cuidar, principalmente nas pequenas ações, mas grandiosas em efeito, como um cuidado solidário, referenciado por Bettinelli (1998), e que está presente em muitos trabalhadores. As expressões abaixo confirmam este pensamento:

[...] a importância da humanização do atendimento, principalmente no acesso livre dos familiares, independente do horário de visitas, para satisfazer as suas necessidades e principalmente o apoio espiritual e afetivo. Nem todos os hospitais fazem isto (E-18, Noemia).

Para Beck (2001, p.34),

[...] a necessidade da existência e utilização das normas e rotinas nas instituições hospitalares é indiscutível e, se aplicadas com equilíbrio, é saudável, pois contribui para a organização adequada do processo de trabalho. O que deve ser repensado é a intransigência dos trabalhadores na flexibilização das mesmas.

Para o trabalhador, a sensibilidade de perceber essa possibilidade de romper ou flexibilizar as normas pré-estabelecidas, como o horário de visitas, na tentativa de individualizar e diferenciar esse cuidado, reverte em satisfação e prazer como uma decisão ética e estética do trabalho. Esse fator auxilia sobremaneira a credibilidade dos trabalhadores e sua assistência, permitindo que a família participe e vivencie o cuidado ao paciente potencial doador de órgãos. Esse ato contribui para uma aproximação nas relações entre a equipe e a família, na tentativa de suavizar esse momento trágico de sofrimento, de dor e de morte. Permite a queda das máscaras do 'poder' do saber e do fazer, aflorando as fraquezas e limitações, possibilidades e potencialidades que a medicina e os trabalhadores de saúde apresentam.

O trabalho será considerado de qualidade, pelas pessoas envolvidas, quando existir um equilíbrio entre as boas relações interpessoais com os trabalhadores, a família e o paciente, aliado a um trabalho técnico, competente, responsável e ético.

No **processo de trabalho da doação e transplante de órgãos**, pela peculiaridade e exigência das normas legais e éticas contidas na lei nº 9434 referente a doação e transplante de órgãos e tecidos (PESSINI & BARCHIFONTAINE, 2000), o trabalhador que cuida do doador não mantém relação estreita e desconhece o ambiente, o preparo, as emoções e sentimentos vivenciados pelo **receptor**. O trabalhador tem consciência dos benefícios da doação, mas sua realidade está voltada para o ambiente de unidade crítica em que a convivência com a finitude humana é o seu cotidiano.

Após a concretização legal, ética e técnica da doação de órgãos, o paciente com morte encefálica é encaminhado ao bloco cirúrgico para a remoção dos órgãos. O trabalho na unidade de terapia intensiva sofre uma interrupção brusca. Esse sentimento de impotência ou de dever cumprido está expresso nos olhares dos trabalhadores, diferenciados em sua individualidade singular. A expressão revela este momento:

[...] já levei paciente para o bloco e o que marca é que ele não volta mais para nós (E-17, Patrícia).

[...] quando o paciente entrou no bloco cirúrgico, parecia que faltava nossas mãos e braço de tanto cansaço. Eu lembro que quando o paciente entrou, nós ficamos do lado de fora. Eu fiquei olhando para aquela porta se fechar e aquela sensação que vai e não volta mais, uma sensação estranha. Acabou tudo (E-19, Heloísa).

O trabalhador de terapia intensiva que cuida do doador, não convive com o outro lado da história – a melhora da qualidade de vida do receptor. Esse distanciamento da realidade do receptor enfraquece, em alguns trabalhadores, a relação de enfrentamento de conflitos pessoais e profissionais.

Eu não conheço ninguém que esteja na lista de espera para transplante. De repente saber um pouco da realidade do outro lado, porque nós aqui do hospital vivenciamos a parte do doador. Não sabemos nada do receptor. Seria interessante não só para nós mas para outras pessoas, de ouvir a história do receptor, acho que sensibiliza bastante (E-3, Elisa).

A nossa equipe vive de um lado só, nós só vivemos a história da doação, preparar o corpo para isso, o outro lado não sentimos, não vivemos. Não vemos o receptor, toda aquela história bonita, sabe, a gente vê o lado frio, o lado mais pesado da história (E-10, Andréia).

O trabalhador reconhece que **a mídia** divulga informações conscientizadoras, ressaltando o benefício da doação e do transplante. Mas, na opinião de alguns, ainda faltam ações que expressem a qualidade de vida desse receptor após o transplante. Sugerem a divulgação de estatísticas do sucesso ou insucesso de transplantes. Certamente, essas novas abordagens incrementariam o informe publicitário com aumento do número de adeptos à doação de órgãos. No entanto, algumas contradições são percebidas, com características de uma ética utilitarista.

As pessoas não sabem como ocorre o processo da doação, as propagandas não esclarecem as pessoas. Só dizem, doem os órgãos, salvem vidas e o processo não fica esclarecido. É difícil de entenderem, talvez até será negativo mostrar todo o processo (E-23, Gabriele).

Fazer uma campanha mais direcionada ao transplantado. Que a população veja mais os resultados, porque o que interessa é o resultado (E-11, Lúcia).

Com o objetivo de aumentar o número de doadores de órgãos e melhorar a funcionalidade do trabalho de captação de órgãos de uma **instituição hospitalar**, o **Ministério da Saúde** investiu na formação e capacitação de profissionais para integrarem **a Equipe de Coordenadores Intra-hospitalar de Captação de Órgãos**. A preocupação desta equipe deverá estar voltada para a competência técnica científica dos trabalhadores, para o conhecimento das normas legais e éticas, como o Código de Ética e a Lei Brasileira de Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos, abordando alguns aspectos referentes à assistência humanizada.

Esse grupo tem o objetivo de integrar-se à equipe de trabalhadores intensivistas no processo de doação de órgãos. A equipe de captação de órgãos assume a responsabilidade de informar à **Central de Transplantes** a ocorrência de paciente com morte encefálica, mesmo se não doador, a comunicação para a família e solicitação dos órgãos para a doação.

O trabalhador da unidade de terapia intensiva reconhece a necessidade de formar uma equipe de captação de órgãos, ciente de que esse atendimento deve ser um trabalho de equipe e bem organizado. Como também, a distribuição de responsabilidades, definição do desempenho de papéis pelos integrantes e a disponibilização de horário para este serviço.

[...] trabalhar com o paciente doador de órgãos é um trabalho em equipe, não se consegue fazer sozinho. E quanto mais pessoas contribuindo, envolvidas nesse processo, melhor. O trabalho envolve bastante tempo, não tem limitação de horário, pois qualquer hora pode aparecer um paciente para ser avaliado [...] (E-7, Mateus).

[...] Formar o grupo de captação para dar mais suporte para a equipe de intensivistas (E-12, Roberta).

Nesse contexto, a maioria dos trabalhadores entrevistados vislumbram na Equipe de Captação de Órgãos um aliado na diminuição de suas responsabilidades e estresse frente à família potencial doadora e na comunicação à Central de Transplantes, suavizando o ambiente e o estado psicológico dos trabalhadores da saúde. Dentre as dificuldades do trabalhador citadas na entrevista, emerge significativamente a comunicação com o familiar potencial doador, a espera da resposta por indecisão da família para a doação e a preocupação em não ferir a imagem e a credibilidade profissional e da instituição.

As falas confirmam o exposto:

[...] a família acredita que pelo fato do coração estar batendo poderia haver ainda uma chance de recuperação (E-21, Andressa).

[...] em relação ao trabalho com os familiares, acho que tem que ser feita pela equipe que está coordenando. A comunicação deve ser objetiva e mais ou menos uniforme, todos devem falar a mesma linguagem e estar preparados para enfrentar as dúvidas do familiar (E-7, Mateus).

Esse trabalhador, além de enfrentar as dificuldades de comunicação da morte encefálica, depara-se com sentimentos de incompetência, inabilidade, conduzindo-o à sensação de impotência perante a morte.

[...] É muito difícil essa abordagem à família. O médico, por teoria, deveria estar lá para salvar tal pessoa, mas vem dizer que o paciente está em morte encefálica [...] (E-15, Nestor).

Reforçando esse momento vivido, Beck (2001, p. 48) diz que “as vivências dos trabalhadores de saúde nas situações de crise são incorporadas diferentemente, porque cada um vive à sua maneira (de acordo com sua história de vida), sendo reforçadas, porque eles mantêm um contato prolongado com os pacientes, sujeitos também em crise”. Esse momento é vivido com fortes preocupações com os princípios e valores de sua vida e da família envolvida, que conduzem para uma prática ética.

O nível cultural dos familiares, identificado pelos trabalhadores como o fator mais importante na decisão de doação de órgãos, influencia no tipo de relação que o profissional mantém com a família, reconhecendo as ansiedades, os medos e a satisfação pela concretização, através da doação, de um ato solidário e humanitário. A crença religiosa da família e do paciente não foi apontada como influência na decisão da doação de órgãos.

Para o desenvolvimento efetivo e eficaz do processo de doação de órgãos, evidencia-se a necessidade de fornecer orientações para todos os trabalhadores da saúde sobre os benefícios e os encargos assumidos pela Equipe de Coordenadores Intra-hospitalares de Captação de Órgãos. Além da execução do processo de doação, este serviço tem responsabilidade em desempenhar o papel de educador e conscientizador, nesse ambiente que envolve muitos sentimentos no trabalho e na vida do trabalhador.

A educação continuada é entendida como indispensável para o desempenho de atividades com habilidade, segurança, competência e responsabilidade, assegurando credibilidade e confiabilidade no ato técnico, no equilíbrio emocional e no processo de interação com as pessoas envolvidas, e aparecem nestas falas:

[...] organizar reuniões regulares para discutir todos os aspectos da doação de órgãos e do cuidado com o potencial doador. As dúvidas vão aparecer realmente, quando tiver nessas condições, de compartilhar as experiências passadas. No momento que tiver um doador estas dúvidas

não deverão mais existir, pois poderemos perder a oportunidade de ter mais um doador (E-7, Mateus).

[...] os trabalhadores que cuidam do paciente doador deveriam passar por um treinamento diferente, prévio. A grande maioria não passa por este tipo de treinamento. Não só técnico, mas com simulação teatral das experiências e situações vivenciadas pelos familiares. No lugar deles, como eu gostaria de receber um atendimento? Toda a equipe deve participar. Com certeza as atitudes e comportamentos seriam bem diferentes (E-21, Andressa).

Os argumentos deste trabalhador revelam a possibilidade de expressar e manifestar sua autenticidade, assumindo para si a dificuldade e os conflitos na decisão de doação de órgãos. Mostra uma busca de maturidade e consciência transformadora do trabalho.

O bom relacionamento interpessoal mantém o equilíbrio emocional dos trabalhadores; entretanto, concordando com Beck (2001, p. 41), “os trabalhadores que desempenham seu trabalho junto a pacientes graves devem trabalhar para que a vivência do sofrimento e da dor do outro não se torne seu próprio sofrimento; mas isso não significa ignorar essas experiências”.

A maturidade emocional dos trabalhadores muitas vezes encontra-se disfarçada pelas pseudo-resoluções individuais, ou adaptações decorrentes da vivência diária com a dor e a morte.

A saúde mental também precisa ser priorizada pelas instituições, criando espaços individuais e coletivos de apoio psicológico e de compartilhamento de experiências vividas para valorizar o sujeito-trabalhador. Essa afirmação é referenciada por vários entrevistados conscientes da existência de problemas, principalmente a somatização do estresse, que pode contribuir para o aumento do absenteísmo, atestados de doença e para a desmotivação do trabalho. Estas falas expressam esses sentimentos:

[...] nós precisaríamos de um acompanhamento, pois vamos somatizando, ficamos muito tensos, pois é uma situação difícil. Procuramos descontrair, dar algumas risadas, mas [...] esse estresse vai se acumulando com o tempo [...], é óbito atrás de óbito [...] (E-3, Elisa).

[...] a gente sai tão pesada da UTI, porque é um ambiente estressante, e eu já pensei em sair daqui. Aqui morre gente todo o dia. É difícil desligar, até sonho com os pacientes (E-9, Marta).

Estudos têm demonstrado uma relação entre o estresse ocupacional e a saúde física e mental dos trabalhadores, absenteísmo, insatisfação no ambiente de trabalho. Para Barros Neto (1999, p. 7), “o estresse não é uma doença, mas uma condição, geralmente externa, que coloca uma pessoa sob uma pressão psicológica muito intensa”. Complementando, Beck (2001, p. 10) diz que

[...] o trabalhador desenvolve defesas, nem sempre benéficas, pois ficam como depósitos de dor que vão sendo armazenados cumulativamente e exponencialmente, com uma dupla contingência – a da inconsciência forçada, que elimina momentaneamente a sua percepção, favorecendo ainda mais o acúmulo, e a da impossibilidade de relacionamento entre as causas e efeitos, uma vez que estes aparecem mais tarde, sob diversas formas de doença.

Beck (2001), em sua pesquisa, também evidencia essas situações de estresse, mas refere que com a experiência e a convivência com a morte o trabalhador cria defesas e artifícios para superar esse momento de dor e sofrimento. A partir disso, a banalização pode ser considerada como uma conseqüência desse sofrimento.

Observando e analisando outro enfoque da vida do trabalhador de saúde, frente a tantos desafios que envolvem o seu 'ser', o profissional percebe e exige, mesmo que instintivamente, uma valorização social, elevando sua auto-estima e a imagem como profissional competente e comprometido com uma prática social. Essa atitude está evidenciada na divulgação de ocorrência de doação de órgãos, da história do doador e dos profissionais envolvidos, através da mídia local e regional como ato solidário e de sucesso profissional.

Também como educadores esses profissionais estimulam campanhas de conscientização da doação e da importância do diálogo familiar para facilitar e definir as condutas nessas situações, em que emergem sentimentos de finitude humana e de solidariedade para com o próximo. Esse comportamento vem reafirmar o compromisso profissional assumido perante a sociedade. Esta fala confirma o exposto:

[...] fazer com que as pessoas não reflitam a respeito desses assuntos apenas quando se virem mediante uma situação de morte encefálica. Mas que elas estejam preparadas se caso venham precisar tomar uma decisão, que tenham informação suficiente e dentro de suas concepções de vida e que não traga nenhum arrependimento depois se vai ou não doar (E-14, Pedro).

A subjetividade individual precisa ser exposta ao coletivo, para demonstrar e reafirmar o compromisso assumido perante o doador, o receptor e principalmente à sociedade que o apoia. Essa confirmação, declarada por alguns entrevistados, concretiza a hegemonia da medicina e sua prática ética voltada para o social.

O foco principal desta pesquisa é o sujeito-trabalhador, que se revela no e pelo trabalho no cuidado ao paciente e familiar potencial doador de órgãos. As repercussões no relacionamento do trabalhador com a tecnologia, a objetividade da técnica e a subjetividade de cada sujeito, os dilemas e conflitos éticos dessa prática assistencial configuram-se na descrição do cotidiano de uma unidade de terapia intensiva.

A heterogeneidade de percepções e concepções de valores, crenças no seu universo de trabalho define o perfil dos trabalhadores de saúde, que dentro de sua realidade vivencial de terapia intensiva, desenvolvem uma prática ética e moral.

Vivenciando o universo do trabalhador no cuidado ao paciente e familiar potencial doador de órgãos em uma unidade de terapia intensiva, vislumbro uma tecnologia médica que caminha a passos largos, exigindo uma adaptação imediata e preparo técnico e emocional eficiente de todos os trabalhadores da saúde. Cabe às instituições hospitalares financiadas pelo Ministério da Saúde organizar e fortalecer a Equipe de Captação de Órgãos, promover programas de atualização com práticas educativas contínuas e uma preocupação concreta com a saúde mental dos trabalhadores.

4.3 Morte, doação e transplante – sob a ótica do trabalhador de saúde

O trabalhador de terapia intensiva, devido ao quadro clínico grave dos pacientes que ali internam, convive diariamente com situações de morte. Neste espaço, pretendo relatar o ponto de vista desses trabalhadores na definição de morte, doação e transplante de órgãos.

A morte faz parte da vida. Ela pode ser vista como um mistério incompreensível, mas ela é um fato inexorável. Para Vomero (2002, p. 38), “o fato é que todos nós estamos programados para nascer, crescer e morrer – uma obviedade esquecida por boa parte da sociedade ocidental contemporânea, que teima em ver a morte como um evento artificial, inesperado e injusto”.

Para Esslinger, citado por Vomero (2002), “o maior desejo do homem é a imortalidade”. Por isto, muitas vezes a morte é considerada como uma inimiga. É uma adversária que poderia, segundo Vomero (2002), ser vencida pelos avanços científicos e tecnológicos do século XX, que aumentaram indiscutivelmente a eficiência dos diagnósticos, dos medicamentos, das técnicas cirúrgicas, como a dos transplantes de órgãos.

Mas a morte, segundo Araújo, citado por Vomero (2002, p. 44), “estabelece um limite em nosso tempo de vida e nos impele a fazer algo produtivo neste espaço de tempo, enquanto dispusemos dele”.

A morte é um assunto tão complexo que sequer há concordância entre os cientistas, quanto a sua definição. No campo filosófico essa discussão fica ainda mais sinuosa. Para Almeida, citado por Vomero (2002, p. 41), “apesar de considerarmos a morte como um evento biologicamente irreversível, ela não pode ser determinada exclusivamente pelo critério biológico, pois envolve também questões ontológicas e filosóficas”. Sem respostas definitivas da ciência, o homem busca nas crenças religiosas explicações sobre o fenômeno da morte.

Visando contribuir, principalmente com os trabalhadores da saúde, a Tanalogia, que significa ‘estudo da morte’, objetiva fornecer mais subsídios para compreender o processo da morte.

A morte, em nossa sociedade atual, tem sido transferida para a impessoalidade dos hospitais, exigindo um melhor preparo dos trabalhadores da saúde. Entretanto, o trabalhador é um ser humano normal, dotado de um conhecimento técnico-científico e tecnológico que garante uma prática para manutenção do equilíbrio orgânico, mas não assegura o controle sobre a morte. Sofre com os conflitos existenciais e com o medo da morte de si e de seus familiares.

Para Pitta (1991, p. 27),

[...] no mundo atual encontramos um homem desaparelhado para enfrentar a morte como uma contingência, posto que sua emergência vem sempre acompanhada da idéia de fracasso do corpo, dos sistemas de atenção médica, da sociedade, das relações com Deus e com os homens.

Conforme Beck (1999, p. 66), “a percepção pelo enfermeiro [e pelos demais profissionais da saúde] de problemas relacionados à morte e ao adoecer gravemente, é fortemente influenciada por suas vivências, conhecimentos, valores éticos e pessoais”. Para esses profissionais da saúde, essas concepções podem interferir nas suas ações, principalmente suprimindo a sensibilidade ao ato técnico junto ao paciente morto ou evoluindo para a morte.

Refletindo com o trabalhador sobre o significado da morte, deparamo-nos com a dificuldade de definição e diversidade de interpretações relacionadas principalmente à sua crença filosófica-religiosa. Esse assunto, freqüente em seu cotidiano de trabalho mas aparentemente proibitivo em seu pensamento, exige um autoconhecimento e reflexões sobre a sua vida e seus conflitos existenciais.

Vejamos algumas expressões:

[...] a morte é uma coisa, é, sei lá, uma agressividade, por mais que seja uma coisa natural, eu ainda não encaro assim (E-3, Elisa).

[...] acho que é uma passagem, tem que ter alguma coisa além daqui, não sei se melhor ou pior, mas tem [...] (E-4, Oneide).

[...] a morte é bem difícil de caracterizá-la. Não sei, porque quanto mais se estuda e mais científico tu ficas, a morte apenas vai ficando um evento orgânico. Acho que faz bem para o homem pensar que a morte vai ser uma passagem para outra vida, mas realmente não sei se existe (E-6, Guilherme).

[...] existe o conceito de morte sob o ponto de vista clínico, físico, orgânico. É o momento que cessam as funções vitais de um corpo físico. Existe aquela concepção do ponto de vista espiritual em que é da sobrevivência de alguma coisa além do corpo físico, que é o que chamamos de alma, de espírito (E-7, Mateus).

Refletindo sobre essa heterogeneidade de expressões, Kovács (1992, p. 26) afirma que

[...] a morte para uns trata-se de uma passagem, uma transição desta vida para outra, mais plena e feliz. Para outros, é o momento máximo da iluminação, uma forma de libertação do sofrimento. Há ainda aqueles para quem morrer é simplesmente deixar de existir [...], sem qualquer possibilidade de transcendência.

Confrontando-se os depoimentos, observa-se a diferença entre as pessoas que cultuam a religião com maior intensidade, independente de crença, que apresentam menos medo da morte, porque a fé ajuda a superar a idéia da finitude. Outras deixam transparecer a sua história de vida, com seus traumas e conflitos, demonstrando indefinição de conceitos.

Ui, a morte para mim é o fim de tudo. Para mim, que já passei por isso com familiares, parece que é uma história que chegou ao fim, não tem mais continuidade. É um caminho que termina, é algo triste, escuro e que não tem muita explicação (E-19, Heloisa).

Para mim é o fim, acabou a vida e ponto. Acabou a tua existência aqui (E-15, Nestor).

Outros demonstram a dificuldade em falar e defini-la como parte de sua vida e de outros. A negação da sua finitude, mesmo presenciando a dos outros, está presente nestas falas:

[...] ai meu Deus, não sei, sinceramente não sei (E-20, Maristela).

[...] eu sei que a morte existe, mas eu procuro manter ela bem longe, não consigo, não tenho cabeça para me preparar (E-12, Roberta).

Outros visualizam a morte com mais naturalidade, considerando-a parceira da sua vida e de seu trabalho. Ou são formas de proteção aos conflitos gerados pela sua presença?

A morte é uma coisa natural, eu já me familiarizei com ela. É minha colega de plantão (E-13, João).

A morte não me causa ansiedade, nem depressão ou tristeza, porque a minha maneira de pensar - você deixa alguns familiares mas reencontra muitos outros (E-14, Pedro).

Concordando com alguns estudiosos como Paes da Silva (1999), Cézar (2001) Vomero (2002), entre outros, a organização do trabalho em terapia intensiva fragmenta e isola os pacientes de seus familiares, tirando muitas vezes a possibilidade de trocas de afetos e palavras amigas, omitindo o conforto espiritual tão importante nessa hora. A experiência de conviver com essa realidade desumana, mesmo sendo muitas vezes

responsável por ela, assusta e afasta o trabalhador de terapia intensiva do pensamento ou possibilidade de internação de seus familiares ou dele mesmo nessa unidade crítica.

Eu não gostaria que o meu familiar tivesse essa experiência, a UTI assusta e deprime a todos. Ela já tem um conceito, de que quem entra aqui é para morrer (E- 28, Sérgio).

Quando o sujeito-trabalhador já experienciou a morte em sua família, ele, como num abrir de portas, visualiza a realidade da vida e da morte como uma reação para o autoconhecimento e direciona-se com uma profundidade maior para a religião que lhe traga mais consolo e conhecimento espiritual. Evidencia-se a abertura de um novo olhar para a humanização do cuidado e maior sensibilidade intuitiva nas ações cotidianas do seu fazer pessoal e profissional.

Já tive experiências na família tanto com paciente renal crônico como com familiar em morte encefálica. É um momento triste, mas de reflexão sobre a vida e a morte (E-13, João).

Só se sabe a dimensão e sentimento da morte quando você perde alguém próximo de ti, e quando isso acontece contigo realmente é uma situação muito difícil. Eu me solidarizo com os familiares (E-7, Mateus).

As posições contrária ou a favor da doação são sentimentos vividos também pelo trabalhador da saúde (equipe de enfermagem, médicos, fisioterapeutas) com conflitos existenciais, com suas experiências cotidianas do fazer de uma unidade de tratamento intensivo. Desfazendo alguns pressupostos e a partir do grupo estudado, a opção para a doação de órgãos não sofre interferência direta do conhecimento técnico-científico e sim, principalmente, dos valores e crenças filosóficas, religiosas e humanitárias dessa ação. Em outras palavras, o doador de órgãos nem sempre é o que detém maior conhecimento técnico-científico. A crença religiosa, para alguns trabalhadores, poderá ser um fator determinante da doação, mas também com muitas contradições, surgidas pela conflitante decisão de doação. Normalmente o doador apresenta como valor prioritário dessa decisão o sentimento de solidariedade e humanidade. As falas expressam alguns posicionamentos:

[...] as religiões católica, evangélica, espírita, deveriam abordar mais o assunto da doação, preparando as pessoas, porque quanto mais espiritualizada for a pessoa, mais fácil de doar, de enxergar o corpo como matéria (E-2, Paulo).

[...] eu sou doador de órgãos. Participo de discussões religiosas sobre a doação. Como profissional, não posso impor minha posição como defensor, mas eu como potencial doador tenho minhas convicções. Aquele que é capaz de doar é também aquele indivíduo capaz de se desapegar das coisas materiais [...] (E-7, Mateus).

[...] eu sou doador de órgãos. A ciência evoluiu para trazer qualidade de vida para as pessoas, então se eu tiver oportunidade de ser doador, eu não tenho nada contra (E-15, Nestor).

[...] até o próprio pessoal da enfermagem, da saúde, diz que não doa, não é só o leigo que não doa (E-17, Patrícia).

O preparo dos trabalhadores de terapia intensiva quanto ao conhecimento da Lei da Doação e Transplante de Órgãos vigente em nosso país não se dá de maneira satisfatória e uniforme. Permanecem algumas lacunas no conhecimento integral da própria lei, como por exemplo, a não validade a partir de março de 2001 do desejo de doação expresso em documento. Essa nova resolução estimula que os familiares, em seu convívio, dialoguem sobre as questões de doação, definindo sua posição de doador ou não doador em situações inesperadas de morte encefálica. E os trabalhadores de saúde, considerados pela sociedade como multiplicadores e orientadores da política de doação e transplante, dialogam com seus familiares? O trabalhador experiente e muitas vezes critica o drama da indecisão da família na doação de órgãos, mas mantém comportamento semelhante. Incluem-se no grande grupo da população que se mantém em silêncio sobre sua opinião de doação. Esse tabu ainda é vivenciado pelos trabalhadores da saúde.

Eu sou doadora de órgãos, mas eu não converso sobre isso com minha família (E-23, Gabriele).

Eu ficaria em dúvida em doar os órgãos de um familiar meu. Não discuto isso em casa sobre a doação, porque o meu marido não quer saber sobre o hospital. Eu não converso com ninguém (E-5, Karen).

Sou doadora, mas não converso em casa sobre isto, até porque nunca surgiu o assunto entre nós (E-21, Andressa).

Lá em casa ninguém assimila bem esta coisa (E-20, Maristela).

Outros vivenciam o momento com consciência do ato em si e com o diálogo com suas famílias.

Eu converso em casa sobre o assunto e todos são doadores, inclusive registrado na carteira de identidade (E-23, Gabriele).

Em casa nós conversamos, e é mais fácil porque nós somos da área da saúde. Todos os familiares são doadores e conhecem esta opinião (E-13, João).

Nesse contexto, alguns trabalhadores mostram-se indecisos na definição de ele próprio ou de um familiar ser doador. São questionamentos e conflitos que surgem com a participação e decisão da hora do óbito do ente querido.

Eu não sei se sou doadora, estou indecisa. É difícil doar os órgãos de um familiar, nisto você está decidindo a hora do óbito. Não estou preparada para decidir (E-5, Karen).

Eu acredito que o maior sentimento é que eles estão determinando a hora que a pessoa vai morrer, é o momento que a pessoa desce para o bloco cirúrgico (E-3, Elisa).

Alguns conflitos afloram, mostrando o despreparo emocional, a dificuldade de definição de opinião e/ou a necessidade de defender-se frente a lei de doação de órgãos. São conflitos existenciais e que devem ser respeitados, não só pela diversidade de valores, mas também pela subjetividade individual manifestada na entrevista.

Não sou doadora e gostaria que nenhum dos familiares doasse (E-10, Andréia).

Nessa relação conflitual, o trabalhador exterioriza a dificuldade para doar os órgãos de seus familiares. Observa-se a dificuldade de manter as máscaras neste momento de forte emoção, em que os laços consangüíneos interferem fortemente na decisão. É como se manifestassem: Nós não estamos preparados para uma decisão particular do ato. O nosso preparo é técnico e com ações impessoais.

Eu acho que seria bem difícil doar um órgão de meu filho. Pra dizer a verdade, não sei que atitude tomar. É triste tirar o órgão e doar, mas também é muito bom receber esses órgãos (E-4, Oneide).

Se eu tivesse que doar meus órgãos, tudo bem, mas se eu tivesse que doar os órgãos dos meus familiares, eu não doaria (E-15, Nestor).

[...] Apesar de ser um trabalho essencialmente técnico, quando nós nos colocamos na posição de doador, se você tiver uma formação espiritualista é muito mais fácil doar o que é seu. Agora, se colocar na posição da família do doador, é uma condição muito dolorosa. Imagine

se fosse sua esposa, um filho, um pai, uma mãe ou irmão, é uma coisa que te confesso assim, já pensei algumas vezes e não sei como reagiria (E-7, Mateus).

Segundo Ciccone (1999, p. 28),

[...] a diferença entre a doação dos próprios órgãos e a de órgãos de um familiar faz retroceder a sua avaliação de recusa de doar. A condenação própria e severa, da recusa consciente e livre de doar os próprios órgãos não pode ser simplesmente entendida como recusa de doar os órgãos de um familiar [...] trata-se de uma situação dramática, cria-se nas pessoas uma tempestade de sentimentos e emoções intensas, polarizando todo e qualquer interesse na pessoa querida em perigo de morte eminente.

Entretanto, desfazendo essa concepção de não doador, outros trabalhadores defendem a opinião dos doadores, mantendo postura tranqüila e consciente de que esse ato, além de ajudar o receptor, manterá através da doação dos órgãos, o seu familiar vivo. Essa filosofia de vida é também repassada na comunicação com o familiar potencial doador de órgãos. Nessa perspectiva, respeitando as suas concepções, o trabalhador mantém coerência entre o ser e o fazer profissional.

A doação de órgãos é uma coisa irreversível e que deve continuar a ser incentivada (E-7, Mateus).

Tendo condições eu doaria os órgãos de meus familiares. Eu doaria porque acho que é importante para nós familiares, teu sentimento, teu respeito, teu amor cultivado durante toda a vida, e é a forma de mantê-lo vivo. Além de ajudar outras pessoas, é uma forma de amor (E-23, Gabriele).

E como multiplicadores da ação de doar, posicionam-se na tentativa de esclarecer a família sobre o processo de doação, mantendo respeito ao princípio da autonomia:

[...] é uma dor profunda quando o familiar não doa. É importante o profissional sentar e esclarecer sobre a importância da doação, que o corpo é uma matéria perecível, e o que vale é o sentimento, o amor, o carinho, a cumplicidade. Quantos anos se doa sangue, por que não doar os órgãos (E-23, Gabriele).

[...] a morte não oferece opções. Então esta seria uma opção de vida dentro da situação de morte (E-14, Pedro).

Mesmo conhecedores das dificuldades dos familiares na decisão da doação nesse momento de dor e sofrimento, alguns trabalhadores não doadores manifestam descontentamento na negação da família para a doação. Nesse aspecto, não evidencio o rompimento do princípio da autonomia, mas uma reação instintiva de que a doação é importante e é muito esperada pelo receptor; e, neste processo, o trabalhador não vive a sua identidade de não doador. O trabalho é essencialmente técnico e impessoal. A visão da ética utilitarista está presente nas falas:

[...] quando a família não doa é uma frustração, porque a gente estava investindo, investindo e tudo foi por água abaixo. Agora, se doar, eu acho muito bonito [...] (E-5, Karen).

[...] a gente fica bem chateado quando a família não doa, que pena é um cara bem jovem, poderia ajudar outras pessoas (E-2, Paulo).

As muitas interfaces do trabalhador nesse processo de doação também justificam outras formas de 'ser' frente ao doador e que contradizem o exposto acima:

[...] eu acredito que o pessoal aqui dentro da UTI não critique muito quem não doa os órgãos, em função de que eles mesmos não são doadores (E-3, Elisa).

As duas situações expostas são opiniões individuais e que buscam uma expressão com amplitude coletiva, que poderão expressar uma consciência reflexiva do saber e do fazer, através de uma maturidade profissional e uma percepção da sua prática ética. Observa-se a necessidade de viabilizar espaços para o diálogo, objetivando uma definição de posicionamentos com uma prática educativa.

Entretanto, a maioria dos trabalhadores mostra-se particularmente favorável à doação de órgãos, vislumbrando o ato de solidariedade exercido pela família do doador e o significado para a vida do receptor. Mesmo desconhecendo o receptor, o princípio da beneficência é um forte argumento para suas ações e enfrentamento de conflitos éticos na prática cotidiana.

Os doadores são pessoas que realmente conseguem fazer uma boa ação no momento de grande dor e sofrimento (E-19, Heloisa).

Eu penso que é algo que a ciência pôde proporcionar nos últimos anos em termos de terapia. É algo que melhora significativamente a qualidade de vida de muitos pacientes e por outro lado deve ser levado muito a sério, porque a gente sabe que muitos transplantes tem suas

complicações. É um procedimento delicado, tanto por parte da família que vai doar os órgãos, tanto por parte do receptor, então tem com certeza seus benefícios, mas tem todo aquele cuidado durante o seu processo (E-21, Andressa).

Neste último depoimento, visualizamos a importância de esclarecer o receptor sobre os riscos que acompanham um transplante de órgãos. A conscientização dos benefícios e dos riscos de insucesso e a decisão própria do receptor em enfrentar tais possibilidades como caminho único para a vida são deveres do trabalhador da saúde alicerçado nos princípios de beneficência e autonomia do paciente e familiar.

Quanto à Lei de Doação e Transplante de Órgãos e a política do Ministério da Saúde, algumas divergências e contrariedades de opiniões são manifestadas entre os trabalhadores.

A pessoa que está em morte encefálica deveria ter decidido antes se é ou não doadora, não deixar para a família decidir. Diminuiria o sofrimento e a dor da família (E-20, Maristela).

Ninguém foi preparado para nada, este programa entrou muito repentino, tem atitudes que eu condeno bastante (E-20, Maristela).

Essas falas confirmam a heterogeneidade do pensar, do perceber e de relacionar-se com o processo de trabalho na doação de órgãos. As reflexões sobre o seu saber e a sua prática, o prazer e o sofrimento em definir e cumprir o seu papel profissional com os limites que subordinam seu fazer expressam a insatisfação pelo trabalho.

Analisando o contexto vivido pelos trabalhadores participantes do processo de doação de órgãos, observa-se que estes mantêm-se com opiniões próprias referentes à sua formação pessoal, individualizadas, e que, algumas vezes, relativizam-se em coletivas para compor a sua imagem pessoal e profissional.

Concordando com Beck (1999, p. 72), os profissionais não são instrumentalizados para trabalhar com a dor, o sofrimento e a morte, “parece que estes não sabem lidar com seus sentimentos, mostrando-se perturbados frente a estas manifestações”. Estas falas vêm confirmar essa análise, evidenciada também nesta pesquisa:

[...] normalmente quando ocorre o óbito o que a gente vê é colocar o lençol sobre o paciente, cada um sai de perto e vai fazer outras coisas. É muito mecânico, é uma defesa para não se deixar abalar (E-26, Gabriel).

Para amenizar essas dificuldades e conflitos, torna-se importante o trabalho educativo dialógico, com compartilhamento de experiências e instrumentalização para enfrentar as dificuldades cotidianas, envolvendo todos os trabalhadores de saúde de uma unidade de terapia intensiva.

Estas palavras expressam a subjetividade do trabalhador no ambiente de trabalho do processo de doação de órgãos e que definem os sentimentos acerca da finitude humana e da continuação da vida através do transplante.

Não sei, acho que a equipe toda fica meio atenta e ao mesmo tempo crédula e incrédula com o que está acontecendo, principalmente quando o paciente é jovem e todo mundo se olha e diz: eu não acredito. Dá a sensação que a partir daí o destino está traçado, aquela vida se vai, as pessoas não falam, mas dá a impressão que vê nos olhos, a gente conhece o colega pelo olhar, tá tudo indo para o final, a morte (E-19, Heloisa).

A emotividade dessa experiência e a concretude da finitude humana angustiam e deixam o trabalhador com poucas ferramentas para exercer sua profissão. A espiritualidade como cultura e filosofia poderá indicar o caminho para o significado dessa experiência. Mas, sobretudo, o compartilhamento de experiências com os colegas, reduzindo suas ansiedades e buscando desfazer os conflitos; segundo Beck (2001, p. 46), “o trabalhador de enfermagem tem uma percepção de que envolver-se genuinamente com o paciente implica em carregar sozinho este sofrimento”.

Este depoimento mostra o desenvolvimento de formas próprias de lidar com as experiências desse trabalho:

[...] eu sempre me angustio, embora as pessoas digam que a gente está acostumada. Já me falaram: você está acostumada. Mas a gente não se acostuma. O que tem que ter é equilíbrio na profissão. Não pode se envolver demais e nem ser fria demais, então tem que ser equilibrada. Eu não me acostumo com a morte, ela é inaceitável (E-23, Gabriele).

Nessa perspectiva de vida e de morte, o trabalhador deve estar consciente das suas limitações e possibilidades, estimulando a interação entre os colegas trabalhadores para o compartilhamento de emoções frente às adversidades do seu cotidiano.

4.4 Princípios da bioética e a relação com o trabalho cotidiano

A partir dos dados coletados e analisados, evidenciou-se fortemente a incorporação dos princípios da bioética – beneficência, autonomia e justiça, valorados e assumidos como parte do saber e fazer técnico científico e humanitário dos trabalhadores de saúde. Dessa forma, a ética principialista, talvez por sua tradição e maior influência no processo de formação profissional, mostra-se como fonte filosófica que alicerça a prática ética desses profissionais em suas relações de condutas humanas, em especial no processo de doação de órgãos.

Esse interesse em compreender o pensamento e as concepções do sujeito-trabalhador no processo conflituoso da doação de órgãos fundamenta um dos objetivos da presente pesquisa.

Pelas múltiplas atividades desempenhadas pelos trabalhadores no processo de doação, dividirei a análise das ações fundamentadas nos princípios da bioética, visando facilitar a sistematização das falas.

Concordando com Selli (1999, p. 82), “a bioética explica que é fundamental o diálogo, a interdisciplinariedade, a interculturalidade e a globalidade, como a maneira mais racional na busca do encaminhamento das ações bioéticas do cotidiano e para as questões bioéticas de fronteira”.

4.4.1 O Princípio da beneficência

Cada categoria profissional pensa, percebe e se relaciona no seu mundo do ser e fazer como exercício profissional conforme a valoração e, conseqüentemente, a tomada de decisão elaborada em sua formação pessoal e profissional, que se reflete na sua prática cotidiana.

O princípio da beneficência deve ser analisado de forma não simplista, por ser um assunto complexo e que, ainda nos tempos atuais, sofre forte influência da filosofia hipocrática.

As relações médico-paciente, enfermeiro-paciente e demais profissionais da saúde devem aliar as competências profissionais e humanitárias à responsabilidade,

respeitando em seus atos e pensamentos a dignidade humana. Segre & Cohen (1999, p. 44) defendem que “sem o acesso ao outro, que é diferente do eu, seria impossível pensar em ética de relações”.

No contexto da Unidade de Terapia Intensiva, em que nos defrontamos com processo de doação de órgãos, muitos questionamentos emergem sobre as decisões junto ao doador, à família, à política de transplantes, à equipe de trabalhadores de saúde, com respeito também à autonomia e à justiça para com os envolvidos.

Conforme Segre & Cohen (1999, p. 80),

[...] o princípio da beneficência na bioética não significa apenas uma moral, ou um saber aplicado à própria prática profissional cotidiana. A bioética significa a ética aplicada à vida e, neste caso particular, apresenta-se cotidianamente com a procura de uma atitude comportamental responsável da parte da equipe na decisão de condutas, desempenho técnico-prático e relacional.

Neste estudo, os trabalhadores, quase em sua totalidade, vislumbram como dever e compromisso profissional manter relações interpessoais íntegras, autênticas e saudáveis, em especial com a família do doador. Em todas as instâncias deste processo, o trabalhador dedica-se procurando fazer o melhor, o que está ao seu alcance, pensando na beneficência da família, do paciente, da equipe e da sociedade. Reconhece o momento difícil vivido pela família com a morte de seu ente querido, o que muitas vezes projeta no seu mundo particular; e, como resposta, busca alternativas para suavizar esse sentimento, mostrando-se prestativo, solidário e sensível. Entretanto, nesse mesmo fazer, age objetivamente e racionalmente para que o processo transcorra de forma correta, segundo o que prescreve o código de ética médica e de enfermagem no Capítulo I dos Princípios Fundamentais. Esses comportamentos nem sempre são contraditórios, embora influenciados diretamente pela sensibilidade de cada sujeito-trabalhador.

Assim, uma das preocupações que se destacam é a de fornecer amparo à família do doador, considerando tal, além do cuidado ao paciente doador, como de grande relevância para uma assistência humanizada.

Eu penso no pai, na mãe, principalmente com os pacientes jovens, com esta morte súbita. A permanência deles junto ao filho, fazendo carinho, conversando como num desabafo de emoções. Nós podemos fazer muitas coisas na tentativa de beneficiar esta família, principalmente sem rigidez de horário para as visitas (E-8, Sílvia).

A família está num momento difícil, mas acho que tem que facilitar e dar oportunidades de chegar perto do paciente, permanecer ao lado dele, explicar o que está acontecendo e de dar um suporte emocional. Mas as vezes eu não consigo, não tenho estrutura [...] (E-10, Andréia).

Essas ações, algumas vezes confundidas com paternalismo por alguns, revelam a sensibilidade ao momento vivido. Alguns trabalhadores despem-se dos 'poderes' sobre o corpo do potencial doador, flexibilizando as normas institucionais, como o horário de visitas, facilitando e estimulando a participação dos familiares nesse processo.

Esse trabalhador, mesmo sentindo despreparo emocional frente à dor e sofrimento dos familiares, revela tentativas de mostrar-se presente, atuante e disponível. Entretanto, algumas contradições são evidenciadas na observação da prática cotidiana e nas falas que expressam essas reflexões:

[...] a gente peca muito com relação à família. Ela se mantém muito distante de nós, até por ser uma unidade fechada (E-9, Marta).

Em uma análise empírica mais profunda, visualizo o trabalhador, principalmente da enfermagem, buscando teorizar uma prática voltada para a humanização do cuidado em uma unidade crítica, considerando-a como ética e moral. Os demais trabalhadores mostraram-se mais objetivos e técnicos nos pensamentos e nas ações. Entretanto, evidencia-se um distanciamento ou neutralização entre o discurso e a ação, em que ele repudia a despersonalização do cuidado mas vivencia esse fazer como natural e necessário ao trabalho. A heterogeneidade de pensamentos e ações dos trabalhadores, muitas vezes contagiado pela tecnociência médica, cria uma certa limitação na interpretação da bioética na prática cotidiana e, em especial, no cuidado com a família potencial doadora de órgãos.

Na seqüência desta análise, o relacionamento interpessoal e o diálogo com a família potencial doadora são incluídos como instrumento da beneficência, não desconsiderando outros princípios (autonomia e justiça), que são defendidos como importantes e imprescindíveis para a afirmativa de doação. Essa relação terapêutica entendida como benefício e ajuda requer a elucidação dos fatos e seus significados e não só consolar e confortar.

É um paciente geralmente jovem, saudável, então a família não estava esperando aquele evento. É uma coisa delicada, a gente sente. Não é

igual à informação de um óbito de outro paciente. É uma coisa que envolve mais sentimento e emoção. A gente fala com cautela, respeita o estado emocional, é bem mais delicado (E-21, Andressa).

Eu vejo da seguinte forma. Eu sei da realidade dos pacientes que precisam de transplantes de órgãos; então, na verdade, eu tento um relacionamento bem gradual, inicial e não tenho dificuldades para este primeiro encontro. O que eu tento é esclarecer e tranquilizar a família (E-19, Heloísa).

A família está naquele choque de ter um familiar ali doente, às vezes fica difícil de assimilarem tudo – a perda, a doação, fica tudo muito complexo. Daí a maioria dos ‘nãos’ são impensados, não são refletidos naquele momento de perda, de angústia (E-3, Elisa).

Nesta última fala, o trabalhador procura proteger (in)conscientemente os familiares, no caso de uma possível negativa da doação, respeitando suas concepções e procurando justificativas, como se fossem suas próprias.

No entendimento da equipe, a informação clara e objetiva, mantendo credibilidade nas ações, deve ser exercida por todos os profissionais da saúde. A doação de órgãos deve ser esclarecida, desfazendo medos e tabus, como o de uso de pessoas como cobaias no processo de aprendizagem em hospital escola, ou da venda de órgãos. A licitude do ato da doação de órgãos é defendida por todos os trabalhadores envolvidos nesse processo, sendo considerada fundamental para a efetivação do mesmo.

A família tem que ser tratada com muito carinho, com mais consideração. Eles estão, afinal, se dispondo a fazer uma doação. Nós não estamos ganhando nada e eles também (E-13, João).

Não coagir os familiares para a doação, apenas dando a notícia e falando da hipótese e esperar que tenham entendimento sobre o transplante, o ato benéfico nessa situação difícilima (E-6, Guilherme).

Nós temos que ser isentos, não podemos forçar a família, não induzi-la a tomar uma decisão, mas nós temos que estar preparados para dar todas as informações necessárias e procurar esclarecer as dúvidas aos familiares (E-7, Mateus).

Na verbalização desses sentimentos, o trabalhador, como que envolvido pelo compromisso profissional e de suas concepções próprias, desenvolve ações em que acredita fazer o melhor, pensando em minimizar as situações traumáticas sofrida pelos familiares e, conseqüentemente, beneficiá-los dentro das condições disponibilizadas pela sua formação e estrutura institucional. Ele reconhece que o tempo é reduzido para a

decisão e manifestação da doação pelos familiares. As falas abaixo exemplificam o que foi sentido e analisado:

[...] é angustiante em ter que dar essa notícia, mas sei da necessidade e de como esta atitude é humanitária. E por isso sei que tem que dar e ser superado (E-6, Guilherme).

[...] acho que a família deve ser preparada, usar uma linguagem adequada, com bastante cautela e em local adequado [...] (E-4, Oneide).

[...] a gente fica de consciência tranqüila, pois fizemos tudo o que estava ao nosso alcance (E-3, Elisa).

Os trabalhadores responsáveis pelo atendimento à família têm por objetivo defender o que for melhor para ela, evitando submetê-la a situações cujo sofrimento resultante seja maior que o benefício almejado com a doação.

Torna-se importante refletir sobre essa situação ambígua, que, conforme o entendimento e percepção dos familiares, poderá transformar-se em impedimento irreversível para a doação ou o despertar de sentimentos de solidariedade para com um desconhecido – o receptor de órgãos. Esses posicionamentos advêm na maioria das vezes da cultura e do amparo espiritual dos familiares.

Em razão dessa dificuldade e da abrangência de tal decisão, o trabalhador mostra-se solidário com a família doadora, ultrapassando a visão objetiva do fazer e do preparo técnico, deixando manifestar-se seu lado mais sensível e subjetivo.

Mas essas reações são percebidas nos momentos de conversa com os colegas. A fragilidade e a onipotência nem sempre são reveladas aos familiares. O benefício percebido é o de fornecer credibilidade, segurança e objetividade nas ações para reduzir outros fatores de sofrimento à família. Vejamos esta fala:

[...] eu vejo que depois da doação não tem nenhuma palavra amiga com a família, alguém que ajude a liberar o corpo. Quer dizer, o que se vê é um grande interesse em se obter os órgãos e pronto [...] o transplante sem dúvidas é importante, mas devemos melhorar esta parte do contato com a família, desde a recepção até o cuidado com o corpo, pois nesta hora, quem está recebendo os órgãos é que na verdade está recebendo os benefícios e sem fazer nada (E-21, Andressa).

No cuidado com o corpo do potencial doador, a equipe de enfermagem compreende que dar conforto e respeito a esse corpo, sendo ou não doador, é respeitar

os princípios da beneficência. Nesse aspecto considera-se como justo prestar cuidados sem discriminar o não doador, como respeito também à sua autonomia. Emerge nessa relação um sentimento de autoproteção e respeito aos seus próprios princípios e à compreensão desse ato como também sendo ele próprio um provável não-doador, ou também da possibilidade de experienciar esse momento com seus familiares. Os depoimentos abaixo expressam esses pensamentos e o modo como valores e crenças pessoais particularizam suas ações:

[...] eu faço todos os cuidados pensando que a gente fez tudo da melhor maneira possível para o paciente. Dar conforto a ele e ao mesmo tempo sabendo que não tem mais volta (E-25, Luiza).

[...] a maneira como você trata as pessoas aqui tem a ver com o que você trouxe e leva para casa. Vem da tua formação, é o compromisso em benefício do paciente, em dar conforto, higiene (E-5, Karen).

[...] os pacientes precisam de uma prece para amenizar o sofrimento. Eu rezo um Pai-nosso, pois o que nos resta além do cuidado com o corpo, é rezar (E-18, Noemia).

A equipe compreende e valoriza o seu saber-fazer para a manutenção do equilíbrio orgânico do paciente potencial doador, como compromisso e dever perante o receptor anônimo:

[...] é um corpo que está sendo preparado para a doação, são soluções correndo a mil, mantendo a pressão estável e os órgãos saudáveis, em condições de ser um doador (E-19, Heloísa).

No intuito de minimizar o sofrimento dos familiares doadores e de si próprio na experiência da morte, transfere-se o pensamento e as atividades para a possibilidade de doação, como ato solidário e fraterno. Assegura-se nesse pensar e agir alguns argumentos neutralizadores, justificadores ou talvez de enfrentamento das limitações dos profissionais frente à finitude humana.

É um paciente clinicamente em óbito, mas que pode através da doação de órgãos determinar ou favorecer a vida de outras pessoas que estão dependentes [...] eles conseguem fazer uma boa ação no momento de grande dor e sofrimento. Realmente eu não saberia como reagir (E-7, Mateus).

É um gesto lindo, eles estão contribuindo para outra pessoa sobreviver (E-5, Karen).

Em relação ao cuidado, o pessoal cuida pensando nas pessoas que vão ser beneficiadas com os órgãos, e a gente acaba esquecendo quem está doando. Mas não é no sentido de fazer o mal, não se tem essa intenção [...] (E-12, Roberta).

Na convivência com a morte, a primeira coisa que a gente tem que ter em mente é que ninguém é Deus e que não fazemos milagre, é uma conduta que tu tens que definir quando a morte é inevitável. Saber admitir que a morte é inevitável e que se não aceitar esse evento estará sempre se frustrando (E-6, Guilherme).

Esta última fala também expõe como a consciência de sua não onipotência frente à morte, diferenciando-se do paternalismo, poderá diminuir as frustrações dos profissionais de saúde. Essa compreensão beneficia o trabalhador e a família do paciente em morte encefálica. Segundo Selli (1999, p. 79), “demonstra sabedoria prática aquele que compreende quando a vida chega ao seu término”.

É uma área muito interessante e gratificante, é uma alternativa, talvez uma compensação psicológica, científica da morte súbita de uma pessoa jovem e a possibilidade de uma continuação material aqui, e com isso esses órgãos vão ser aproveitados e mantidos vivos em outra pessoa. É indiscutível a mudança da qualidade de vida do receptor (E-14, Pedro).

Mas os trabalhadores também vislumbram outras concepções e significados para a morte, principalmente em pacientes jovens, em que esta pode ser compensada pelo ato beneficente da doação. Esses comportamentos podem ser manifestações no sentido de sua autoproteção, de sua filosofia religiosa ou de uma maneira de atenuar os efeitos do reconhecimento dos limites de seu poder.

Prosseguindo na análise, alguns entrevistados manifestaram fortes influências do paternalismo, convivendo com os próprios conflitos existenciais acerca da vida-e-morte e do compromisso profissional assumido:

[...] o médico, por teoria, deveria estar ali para salvar a pessoa [...] (E-15, Nestor).

[...] a equipe, são pessoas que se doam para trabalhar (E-17, Patrícia).

Para Culver (1999, p. 67), “se o indivíduo está agindo paternalisticamente em relação a um sujeito qualquer, sua intenção deve ser de tentar beneficiá-lo e não a si mesmo ou a terceiros”. Na prática cotidiana, os trabalhadores buscam alternativas e

soluções procurando beneficiar o paciente e sua família; muitas vezes, pela preocupação extrema em salvar a vida, extrapolam a autonomia do paciente, evidenciando a sua própria onipotência. A auto-cobrança sobre as atitudes e o compromisso profissional assumido faz dele um profissional com características paternalistas. Como sugestão para estimular a deflagração desses sentimentos e da percepção frente a essa vivência estão os momentos de reflexão das ações cotidianas e a tomada de consciência dessas reações através da criação de espaços para compartilhamento de idéias e experiências e da percepção de diferenças e semelhanças entre os trabalhadores dessa unidade crítica.

No desvelar de sua prática profissional, o trabalhador demonstra competência e responsabilidade, buscando superar seus conflitos existenciais, assegurando a promoção de equilíbrio nas relações com os familiares e com a própria equipe. Reconhece o valor da doação de órgãos, a melhoria da qualidade de vida do receptor e de seus familiares. Fica evidenciada a manifestação da subjetividade de cada trabalhador, assumindo sua identidade profissional em benefício do outro, o sujeito-receptor. Nestas falas está presente também o princípio da justiça:

[...] psicologicamente, mexe comigo a possibilidade de estar oportunizando a alguém ou não de ser beneficiado com a doação de órgãos. Tem muitos candidatos a receber um transplante, mas poucos doadores. Muitos pacientes estão na lista de espera, morrendo com a esperança de receber um órgão (E-7, Mateus).

[...] além do paciente, tem uma família envolvida aguardando uma doação. Nestas horas eu me coloco na posição da família do paciente candidato a um transplante, que vive a expectativa de todos os dias aguardar uma doação (E-7 Mateus).

[...] existe uma pessoa que está esperando esse órgão, e é isto que importa. Acho que a doação é um ato humanitário. Isso não deveria ser assim, porque quem deveria decidir seria o paciente antes de morrer, e não a família, porque tem muita emoção em jogo. Mas é um ato que salva vidas, melhora a qualidade de vida de muitas pessoas (E-6, Guilherme).

Muitas e sutis foram as evidências da importância do princípio da beneficência como norteador das ações da equipe de saúde, enfrentando as barreiras emocionais próprias de cada um, assumindo a co-responsabilidade do processo de doação.

Não tenho envolvimento nessa hora, pois estarei prejudicando não só as pessoas receptoras como a mim mesmo que estou deixando de fazer um diagnóstico (E-15, Nestor).

Outras pessoas estão esperando esse momento, quem sabe vai ser hoje, ou esta semana, ou este mês que vai conseguir um transplante (E-5, Karen).

Direta e indiretamente comprometidos com as necessidades da sociedade, os trabalhadores reconhecem o compromisso profissional e a responsabilidade ética assumida como multiplicadores e defensores da política de doação. Nesse aspecto, nem todos partilham dessa opinião. Como protagonistas do processo, buscam ainda que timidamente divulgar e conscientizar os cidadãos sobre suas oportunidades de manifestação de solidariedade para com o outro e da credibilidade das ações dos profissionais da saúde. Essas opiniões estão expressas nestas falas:

[...] temos que amadurecer mais as nossas idéias a respeito da doação e ao mesmo tempo refletirmos sobre as questões éticas, religiosas, filosóficas, culturais. Nós temos obrigação como grupo envolvido, de informar a sociedade desses conceitos e fazer com que a sociedade como um todo reflita sobre esses assuntos. Faz parte da nossa cultura refletir pouco sobre assuntos alheios ao nosso dia-a-dia (E-14, Pedro).

Em uma reflexão, um entrevistado revela o valor e os benefícios que o desenvolvimento da ciência oportunizou para os doentes crônicos com chance de transplante. Entretanto, mostra-se preocupado com uma prática ética e moral em fornecer informações corretas sobre as possíveis intercorrências após o transplante e a liberdade para a tomada de decisão desse potencial receptor:

Eu penso que é algo que a ciência pôde proporcionar nos últimos anos em termos de terapia. É algo que melhora significativamente a qualidade de vida de muitos pacientes e, por outro lado, deve ser levado muito a sério, porque a gente sabe que muitos transplantes têm suas complicações [...] (E-21, Andressa).

A visualização das interfaces da doação e transplante de órgãos desvela um profissional autêntico e responsável, comprometido com os princípios da bioética. Requer a percepção moral de não prejudicar o receptor, seus familiares, mas a obrigação de fazer o bem e promover o bem-estar e o equilíbrio emocional desse momento vivido. Como pelo princípio da beneficência deve comprometer-se com todos os sujeitos desse processo, o trabalhador de saúde procura artifícios que proporcionam bem-estar e a realimentação de energias que possibilitem novos enfrentamentos do estresse e

sofrimento vivenciados em sua atividade cotidiana. São percepções individuais e isoladas, referenciados por poucos entrevistados. Os demais parecem banalizar esses sofrimentos.

O grande segredo de ser feliz é tu saber valorizar as pequenas e simples coisas da vida (E-6, Guilherme).

Nessa situação, o trabalho mais importante é o espiritual, filosófico e mental do grupo [...] (E-14, Pedro).

A abertura de espaços para o diálogo e reflexão do ser e fazer cotidiano, consequentemente uma melhor compreensão das diferenças e semelhanças entre os sujeitos envolvidos no processo de doação, reafirma o interesse em consolidar a marca da beneficência em seu trabalho. Consciente e intuitivamente, alguns sujeitos-trabalhadores pensam e agem na construção de uma assistência de qualidade, na tentativa de personalizar o cuidado para beneficiar o outro, negligenciando muitas vezes as suas próprias concepções em benefício do coletivo.

Alguns questionamentos sobre a autoridade do saber e fazer profissional são pertinentes à questão da doação. O familiar fragilizado apoia-se no profissional da saúde, conferindo-lhe credibilidade nas ações e nas 'boas intenções', mas exerce o princípio da autonomia para a decisão de doação de órgãos.

4.4.2 O princípio da autonomia

Os avanços da política de doação e transplante de órgãos, fundamentada no respeito ao corpo e à autonomia humana socialmente conquistada, refletiram-se satisfatoriamente sobre a equipe de trabalhadores de saúde. O direito do cidadão ao consentimento informado, segundo os trabalhadores entrevistados, facilitou as relações interpessoais com os familiares do potencial doador e com as instituições envolvidas. O direito moral do ser humano à autonomia gera um dever dos outros em respeitá-lo. Esse argumento é valorizado, embora seja difícil separá-lo de interesses corporativos e pessoais, numa eventual proteção contra ameaças e entraves no seu trabalho.

Acho que a doação deve ser feita, porque ajuda outras pessoas necessitadas. Não poderia ser como o governo queria, como uma coisa compulsória, porque seria muito atrito para a equipe (E-13, João).

Com a antiga lei de consentimento presumido, o governo feriu o direito de autonomia, diminuindo ainda mais o número de doadores e isto até hoje ainda é sentido. Mexeu com a credibilidade dos profissionais de saúde (E-18, Noemia).

Nesse momento são visíveis as percepções e concepções do trabalhador sobre a doação de órgãos, porque ele próprio, mesmo no exercício profissional, com suas obrigações e deveres, também respeita sua própria autonomia de participar ou não da equipe de captação de órgãos ou da definição de suas atividades dentro da unidade de tratamento intensivo.

Segundo Fortes (1994, p. 130), “o respeito à autodeterminação fundamenta-se no princípio da dignidade da natureza humana, e pressupõe também a aceitação do pluralismo social”. Reforçando o princípio da autonomia, muitos autores, como Fortes (1994), Segre & Cohen (1999), dentre outros, defendem que para o pleno exercício desse princípio a família e o paciente devem ser informados adequadamente, com linguagem acessível para que possam compreender a informação e aceitar ou recusar, com competência, as ações a eles propostas.

Motivados por essa concepção do princípio da autonomia, os entrevistados reafirmaram o respeito aos familiares e pacientes, com posicionamentos conscientes e coerentes com sua formação pessoal e profissional. Cabe aqui também salientar que os trabalhadores são instrumentalizados na fase acadêmica para o respeito aos princípios da bioética, embora ainda relacionados a uma visão restrita da bioética de fronteira ou de situações limite. As falas confirmam o exposto:

[...] se a família não doar, tudo bem, é uma decisão dela e que em hipótese nenhuma podemos nos colocar na frente deles. Os professores ensinam que a última palavra é do paciente ou seu responsável. Se o paciente tem um diagnóstico de uma determinada patologia e não quer se tratar, tudo bem, a gente tem o dever de informar corretamente e respeitar suas decisões. Você não pode tirar a liberdade de expressão das pessoas, isso é desrespeitá-los (E-26, Gabriel).

Prosseguindo na análise, as expressões comprovam o compromisso e a prática ética assumida pelos trabalhadores de saúde junto ao familiar potencial doador de órgãos. Parafraseando Almeida & Muñoz (1999), respeitar a atitude e a autonomia das pessoas competentes, pressupõe também a beneficência. Entretanto, fornecer autonomia a uma pessoa incompetente demonstra irresponsabilidade profissional.

Nesse contexto da abordagem à família, o profissional deve conhecer as condições sociais, psicológicas, filosóficas e culturais de cada familiar. O conhecimento dessa subjetividade poderá auxiliar na compreensão dos posicionamentos positivos ou negativos à doação de órgãos, definindo esses indivíduos como únicos, singulares e não padronizáveis nas condutas profissionais.

[...] Esclarecer e tranquilizar a família de como é feito o processo de doação e deixá-la bem à vontade quanto à escolha, e principalmente esclarecer e dizer o que pode ser feito. É um momento muito triste para a família e nós devemos respeitar, e ao mesmo tempo, temos a obrigação de poder oportunizar à outra pessoa algo que pode ser feito [...] (E-20, Maristela).

Eu já deparei com familiares que estavam preocupados sobre a doação, expliquei como se realizava e transmiti segurança e credibilidade de que só seria feito após a decisão e confirmação da morte encefálica e da opção da família (E-25, Luiza).

O respeito à autonomia é entendido como natural e necessário dentro do processo de doação de órgãos. Esse compromisso e responsabilidade pela dignidade humana e pela liberdade de expressão nas decisões pessoais é vivenciado e defendido pelos trabalhadores. Quanto maior a autonomia, maior é a responsabilidade desses autônomos. Na doação de órgãos, por se tratar de um assunto conflituoso e de respeito às concepções dos familiares, a competência destes não pode ser julgada. Deve ser aceita a decisão sem contestações por parte dos profissionais da saúde.

Se a família não quer doar, é ela que decide. Se não quer doar, tudo bem, eles têm o direito e eu vou continuar fazendo os mesmos cuidados que devo fazer (E-25, Luiza).

Cada pessoa tem livre arbítrio, se tu não queres doar, o corpo é teu, você é livre... porque tem tanta coisa que a gente não tem mais (E-1, Cláudia).

Como questionamento ético ao próprio rigor e limites práticos ao princípio da autonomia, o trabalhador depara-se com posicionamentos paternalistas por parte da própria equipe e da família potencial doadora. O exercício da autonomia muitas vezes é abdicado pelo familiar como reflexo de sua formação cultural. A insegurança e o medo de não obter um bom atendimento médico faz com que familiares se posicionem passivamente frente às normas, regras e prescrições dos profissionais. Esses posicionamentos são reconhecidos por alguns profissionais:

[..] o familiar não sabe o poder que ele tem sobre o seu paciente, nós somos cuidadores, mas a decisão ainda é deles. Acho que o familiar não conhece todo o potencial que tem sobre o seu paciente, certamente por questões de cultura. O povo acha que se o médico errar é totalmente aceitável, errar é humano e perdoar é divino (E-3, Elisa).

As reflexões desse entrevistado fazem emergir e desocultar a necessidade de desfazer a imagem que a sociedade ainda tem dos profissionais de saúde, como detentores do “poder” do saber-fazer. Observo, por parte de alguns trabalhadores, a ruptura parcial das relações de poder, que fecham as portas na relação enfermagem – médicos – paciente – familiares, desfazendo a hierarquia rígida dessas relações. São mudanças gradativas, que não podem ser imobilizadas por um otimismo ingênuo, mas que poderão efetivar-se através de transformações políticas e culturais, isto é, no interior de movimentos sociais emancipadores.

Entretanto, essa evidência mobiliza reativamente outros profissionais, que preferem manter as relações verticalizadas entre os sujeitos envolvidos, mesmo quando guardam as regras formais de respeito à autonomia dos pacientes e familiares.

Nas situações de negativas do ato de doação, alguns trabalhadores compreendem e demonstram sentimentos de solidariedade e sensibilidade.. Evidencia-se uma coerência nas ações objetivas e subjetivas como uma prática ética e de respeito à autonomia pluralista. A conscientização de suas próprias concepções éticas, sociais, culturais pode interferir no seu modo de agir frente a tantas experiências do cotidiano de uma unidade crítica. Essas reflexões podem ser confirmadas com as falas:

[...] deve ser respeitada a decisão da família. Devemos respeitar a religião, pois Deus é um só e todo mundo acredita em alguma coisa. Os profissionais médicos devem ter uma linguagem acessível, de acordo com a cultura dos familiares (E-5, Karen).

[...] quando tem um paciente que a família não doa, não desperta nenhum sentimento de antipatia ou de discordância em relação a não querer doar, porque eu acho que devemos aceitar pensamentos diferentes. A não doação, embora eu ache ela importante, não pode ser recriminada (E-2, Paulo).

[...] eu respeito a negativa de doação de órgãos por parte da família, mesmo quando estamos trabalhando como sendo doador. A cada um compete decidir sobre sua vida e eu respeito. Não há diferença no cuidado com o corpo do doador e do não doador (E-17, Patrícia).

Nesse evento, percebemos um respeito ao princípio da justiça, em que ser ou não doador não deve comprometer a qualidade da assistência ao corpo do potencial doador e de sua família. Esse posicionamento de condutas caracteriza a maturidade e a valoração e respeito do corpo pela equipe no seu fazer cotidiano.

Outro aspecto que exige reflexão sobre o agir dos trabalhadores diz respeito às afirmações de Segre (1995, p. 12) sobre a autonomia, “de que ela não se atribui a ninguém, admite-se que cada um tenha a própria”. Na situação de indefinição da doação, muitas vezes devido à inexistência de diálogo entre os familiares, o profissional tem o compromisso ético e profissional de solicitar e esclarecer sobre a doação em casos de pacientes com morte encefálica. Nessa ação prevalece o interesse social (receptor e sociedade), que pode ferir, involuntariamente, o princípio da autonomia. No ato de doação de órgãos, a autonomia é exercida pela família de forma parcial, porque sobre ela estão as influências e pressões da sociedade, das instituições, dos trabalhadores e dos receptores para a efetivação da doação. Muitos trabalhadores desconhecem as discussões e a complexidade desse princípio.

Para Silva (1997, p. 9), “o limite da beneficência é a autonomia e desta é o paternalismo”. E nesse caso, a equipe de saúde tem obrigação de verificar se o familiar potencial doador está livre de coerção para definir a sua escolha e que esta não seja apressada e impensada (ALMEIDA & MUÑOZ, 1999).

[...] Mesmo o médico querendo que a família doe, ele não pode criticar e nem condenar se não forem doadores. O médico tenta convencer, mas não coagir os familiares (E-21, Andressa).

A gente deve esclarecer sobre a doação, principalmente para aqueles que têm dúvidas. Aqueles que estão convictos em não doar, são completamente contrários à doação, por vontade do paciente ou por questões pessoais, religiosas, não podemos fazer nada (E-7, Mateus).

Fortes (1994, p. 130) defende que

[...] para ter garantia da liberdade de consentir é preciso que a práxis dos profissionais de saúde esteja imbuída da noção do respeito ao princípio da autonomia individual, pois em razão do domínio psicológico, conhecimento especializado e habilidades técnicas que possuem, eles podem inviabilizar a real manifestação da pessoa.

Continuando, o autor defende o uso da persuasão, mas não da coerção ou manipulação, no caso para a solicitação dos órgãos para a doação. Persuasão é entendida pelo autor “como a tentativa de induzir alguém por meio de apelos à razão para que livremente aceite crenças, atitudes, valores, intenções ou ações advogadas pela pessoa que persuade”.

A maturidade dos profissionais e o respeito à ética pluralista, defendida por muitos entrevistados, pode estimular as boas relações interpessoais, repercutindo na credibilidade das ações e na imagem desse profissional perante a sociedade. A compreensão de seus limites e possibilidades e o conhecimento de seu compromisso e dever profissional com a política de doação e transplante possibilitam interagir com seus sentimentos e concepções, mantendo equilíbrio técnico e emocional.

O paciente em que se investe e depois a família diz que não é doador, eu respeito. Na realidade, como profissional da saúde, precisamos sempre ter uma atitude correta (E-26, Gabriel).

Essas reflexões acerca das diferentes experiências, realidades, comportamentos e atitudes dos trabalhadores de saúde, com concepções de diferentes graus de complexidade frente ao paciente e familiar potencial doador de órgãos, requerem um respeito à individualidade e à subjetividade de cada ser humano, valorizando o princípio da autonomia.

Essa prática ética exige simetria nas relações interpessoais, em que todos são sujeitos na elaboração e definição de critérios de ação com igualdade de posições e liberdade nas decisões. Concordando com autores como Segre & Cohen (1999), Almeida & Muñoz (1999), as relações médico-paciente, enfermeiro-paciente devem ser competentes e, portanto, livres (a autonomia não é absoluta), para se poder avaliar as opções possíveis, permitindo uma escolha consciente e responsável, em particular no trabalho com o paciente e familiar potencial doador de órgãos.

4.4.3 O princípio da justiça

O princípio da justiça assume novos contornos e novas abrangências nos últimos anos, sobretudo porque a saúde é um bem comum, exigindo benefícios justos a todas as classes sociais (Gracia *apud* HOSSNE, 1999). Também nesse contexto estão incluídas a competência e a responsabilidade dos trabalhadores de saúde em desempenhar

atividades que promovam e protejam a saúde e a dignidade humana. Segundo Hossne (1999, p. 80), “o médico e, neste caso, os trabalhadores da saúde, devem ter competência para reconhecer os limites de sua competência”.

Neste espaço, pretendo compreender as percepções dos trabalhadores no seu fazer cotidiano, envolvendo o princípio da justiça, e as relações entre os sujeitos-trabalhadores, família, pacientes e instituições envolvidas no processo de doação de órgãos.

A equipe de saúde tem clareza sobre o seu dever e compromisso profissional, sobre a necessidade do amparo legal de seus atos e da valorização de uma imagem idônea perante a sociedade, verbalizando alguns questionamentos sugestivos das várias interfaces de sua competência.

Eu procuro explicar bem, mostrar que foram usados todos os recursos disponíveis, justamente para que todos tenham um bom entendimento, de que foi uma situação inevitável e que não fique nenhum tipo de dúvida (E-14, Pedro).

O protocolo representa confiabilidade para se identificar a morte encefálica de um paciente (E-11, Lúcia).

As falas refletem a preocupação com a credibilidade das ações; por exemplo, não errar no preenchimento do protocolo e diagnóstico de morte encefálica, causando prejuízos irreparáveis ao ser humano. Essa prática remete aos trabalhadores a exigência de uma ética e moral social, também objetivada na legalidade de seus atos. A coerência, autenticidade e resolutividade das ações permitem respeitar os princípios da beneficência, autonomia e justiça como reflexo da sua formação pessoal e subjetividade individual.

No que se refere à preocupação de atender à vontade do doador, alguns entrevistados questionam sobre a política de doação e transplantes brasileira e a inexistência de ações educativas e de conscientização das famílias para o diálogo e definição de doadores, antecedendo as tragédias e evitando situações constrangedoras nos momentos mais difíceis de dor, sofrimento e morte. A efetivação da doação nem sempre atende aos anseios do doador, caracterizando uma decisão injusta e alienada.

De repente a pessoa gostaria de ser e morre sem o desejo cumprido. Sei que a carteira de motorista não tem mais validade e a família opta por não doar. Muitas vezes o paciente queria ser doador, mas os familiares

não têm conhecimento sobre o assunto, tem um preconceito sobre a doação de órgãos e acabam desfazendo a vontade prévia (E-6, Guilherme).

Este último caso em que o paciente era doador na carteira e os pais não queriam doar, enfim como era doador entraram em consenso em respeitar a vontade dele [...] (E-9, Marta).

Essa política que coloca o ônus da decisão para os familiares no seu momento de maior dor e sofrimento é discutida por muitos eticistas que a consideram insensata e responsável pelo insucesso nesse processo. Entretanto, condenam-se atitudes automáticas propostas pelo consentimento presumido. Para os trabalhadores entrevistados, algumas opções são mais eficazes para o aumento da doação de órgãos, indo além do diálogo familiar mas, exercendo práticas educativas elucidativas e conscientizadoras sobre esse processo.

O insuficiente resultado das campanhas atuais e a significativa dificuldade de demonstração da solidariedade como ação prática, individual e coletiva impedem que as pessoas com doenças crônicas e com indicativo de transplante sejam generosamente contempladas com órgãos de doadores mortos. Esses problemas provocam manifestações de insatisfação frente a um sentimento de justiça:

[...] vejo que tem muitos candidatos a receber um órgão, mas poucos doadores. Muitos pacientes poderiam sobreviver, viver melhor com os órgãos doados, mas estão morrendo na lista de espera. Eles tem uma doença que a cura, o remédio é muito escasso, é para poucos (E-7, Mateus).

[...] pôxa, aquele rim que vai acabar apodrecendo, poderia ajudar a melhorar a qualidade de vida de outra pessoa (E-11, Lúcia).

Nessa perspectiva, para Almeida & Muñoz (1999, p. 124), “o que devemos perguntar não é o que nós podemos fazer pelos mortos, mas sim o que eles podem fazer pela humanidade. Ou seja, nós, vivos, precisamos passar a contemplar a morte (ou extinção da pessoa) como oportunidade única de ajudar os outros”.

Neste espaço de atenção inclui-se a família doadora, que, após sua decisão de doação, não recebe, na maioria das instituições hospitalares, uma assistência psicológica e humana:

[...] eu vejo que depois que a família doou, ela não ganha nenhum apoio tanto psicológico como de orientação sobre como proceder para liberar o corpo. Quer dizer, o que se vê é um grande interesse em se obter o que se quer e pronto (E-21, Andressa).

Outra questão ética conflituosa, mencionada por um entrevistado, refere-se ao sentido da justiça enquanto critério racional na definição de prioridades e investimentos frente a múltiplas necessidades sociais. Por mais que se reconheça a complexidade deste tema e a impossibilidade de resolução de problemas da área social através de medidas parciais ou simplistas, não se evita uma certa indignação frente aos altos custos de programas em relação aos seus resultados e a não incorporação de outras necessidades, negligenciadas nas políticas que a elas deveriam responder.

Bastaria de um terço dos acidentes de trânsito no país para resolver a fila de espera de transplante no nosso país. Quer dizer, o campeão de acidentes de trânsito deveria ser o campeão em doação de órgãos. Nós temos um material muito grande para explorar. Ao mesmo tempo que eu trabalho com a prevenção e combate ao trauma, podemos aproveitar os órgãos das vítimas [...] (E-14, Pedro).

Outros questionamentos afloram quando se pensa no princípio da justiça. A qualidade da assistência à saúde no nível primário e secundário e a dificuldade de acesso e demora no atendimento ao paciente são enormes. Muitas vezes o paciente tem acesso ao serviço de terapia intensiva somente quando se encontra com quadro de morte encefálica. Em contrapartida, no momento em que é diagnosticada morte encefálica, os serviços de saúde são acionados com extrema rapidez. O despreparo dos serviços básicos de saúde acentua os limites e a inoperância dos serviços de maior complexidade. Nessa dimensão é apontada a desigual distribuição de recursos financeiros entre os serviços de saúde responsáveis pela prevenção e promoção da saúde, em relação aos de alto custo e complexidade. Assim, é lembrado que os primeiros contemplam grande número de pessoas, enquanto que o alto empreendimento financeiro usado na política de transplantes beneficia poucas pessoas. Quanto ao trabalho das instituições hospitalares e da central de transplantes, o trabalhador da saúde vislumbra uma intervenção embasada na igualdade de oportunidades, na honestidade das ações e na justiça para a escolha dos prováveis receptores.

A lista única na central de transplantes ficou melhor, pois não privilegia os mais ricos. Todos são iguais, o que importa é a compatibilidade (E-3, Elisa).

Esperamos que a lista única para receptores de órgãos realmente funcione, que não haja manipulação de interesses (E-9, Marta).

Essa organização do processo de doação de órgãos por parte das instituições proporciona maior credibilidade e autenticidade, interferindo diretamente na auto imagem do trabalhador, como protagonista à serviço do bem social. Nesse papel, o trabalhador busca desfazer as imagens negativas e distorcidas permitidas por ações oportunistas de mercantilização dos órgãos, que acabam por atingir a confiança em serviços idôneos, em nível mundial. Atualmente, já se discute a ordem de prioridade para os transplantes segundo a gravidade dos potenciais receptores e não a ordem cronológica da inscrição na referida lista. O estudo para possível mudança se dá pelo alto número de óbitos devido à rejeição do órgão transplantado após o oitavo dia; nessa situação o receptor vai para o final da lista; e também pelas situações de urgência e falência do órgão a ser transplantado no receptor. Da mesma forma, busca-se não infringir o princípio da justiça.

A mídia deveria, através de campanhas informativas, mostrar os sucessos e insucessos dos transplantes, como forma de defender a transparência desse ato solidário e capacitar o controle popular com base no esclarecimento acerca dos avanços da tecnociência.

Frente a tantos dilemas e conflitos éticos, deparamo-nos com muitos trabalhadores despreparados técnica e emocionalmente para exercerem suas atividades no processo de doação de órgãos. Nesse sentido, algumas interrogações são feitas, pensando no benefício desses trabalhadores. É justo exigir de um trabalhador despreparado um trabalho que lhe traz sofrimento, estresse e insatisfação?

Complementando o princípio da justiça, referencio Berlinguer (2000, p. 43), que defende que “o fundamento ético principal é o de permitir e ajudar cada um dos seres humanos a ser verdadeiramente autônomos e, por meio de suas decisões livres, melhorar a si mesmo e multiplicar a riqueza normal e material da sociedade”.

Esse princípio preconiza também que todo o sistema de saúde seja justo, respeitando e garantindo uma assistência de qualidade, justa, equitativa e universal a todas as pessoas.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizando esta pesquisa sobre a percepção e compreensão dos trabalhadores intensivistas sobre o processo de doação de órgãos e a re-significação ética no cuidado ao potencial doador, pretendi ressaltar alguns aspectos que não se mostram visíveis aos olhos e sentimentos de outros trabalhadores da saúde e da sociedade.

Embora esta exploração represente uma micro-ação dentro do macro contexto institucional (Hospital, Central de Transplantes e Ministério da Saúde), procurei relatar os sentimentos e a realidade cotidiana dos trabalhadores de uma Unidade de Tratamento Intensivo, deflagrando muitos dos seus conflitos existenciais, dilemas éticos e compromissos humanitários e profissionais.

Diante do cenário desta unidade crítica, com pacientes graves, com risco iminente de morte, em que as atividades técnico-científicas requerem rapidez, objetividade e habilidade da equipe multiprofissional, as reações emocionais mantêm-se reprimidas diante do que se aceita ou reprovava, ou manifestam-se em angústia, estresse e insatisfação no trabalho.

No processo de doação de órgãos, confrontei-me com uma heterogeneidade de percepções, concepções de valores e crenças, desencadeando ações e reações por vezes contraditórias e outras congruentes no cuidado ao familiar e ao paciente potencial doador de órgãos.

Considerarei importante elucidar, como questão norteadora desta pesquisa, quais são as influências provocadas pela formação pessoal e pelos princípios da bioética na prática profissional dos trabalhadores intensivistas, frente à família e o paciente potencial doador de órgãos.

Através dos relatos, foi possível compreender a realidade vivenciada pelos trabalhadores e comprovar os pressupostos formulados no início deste estudo, evidenciando conflitos entre as referências e reflexões pessoais e as posturas técnico-científicas na atuação junto ao familiar e ao paciente potencial doador.

A subjetividade do trabalhador de saúde pode manifestar-se por sentimentos muitas vezes ambíguos, que se confrontam diariamente com a dor, o sofrimento e a morte dos pacientes e com a satisfação do dever cumprido, pela emoção de protagonizar junto com o paciente com morte encefálica o gesto solidário da doação, que melhora a qualidade de vida do receptor de órgãos e de sua família. O pensamento de fazer o bem para o outro (receptor) e para a família supera, na maioria das vezes, a sensação de perda, frustração e limitação desses profissionais.

Nas análises, fica evidenciada a necessidade de um melhor preparo técnico-científico e, principalmente, preparo emocional dos trabalhadores para atuarem junto ao paciente e ao familiar que experiencia a morte encefálica e a possibilidade de participar desse processo de doação de órgãos. Esse enfrentamento da dor, do sofrimento e da morte gera uma forte carga emocional. Alguns trabalhadores, conforme relato de estudiosos, como Betinelli (1998), Leopardi (1999), Beck (2001), dentre outros, tornam-se tecnicistas, rotinizando suas ações e despersonalizando o cuidado; como ato impessoal e protegido de defesas próprias e individualizadas. Entretanto, outros trabalhadores reagem com angústias, estresse e somatização orgânica e mental nesses eventos.

O compromisso profissional e a busca de uma prática ética no contexto da assistência à família potencial doadora, do paciente e de toda a equipe, estão permeados pelo respeito aos princípios da bioética – **beneficência, autonomia e justiça** – mesmo não cientes dos conceitos teóricos e da literatura disponível, mas impregnados pela formação pessoal e por um ideal de competência profissional e de assistência humanizada.

Tornou-se visível a forte influência dos valores éticos, culturais e, principalmente, espirituais nas ações e reações dos trabalhadores frente à morte, doação e transplante de órgãos. Essas experiências de vida e de compromisso pessoal com suas concepções e convicções filosóficas traçaram um perfil do profissional que enfrenta desafios éticos e que, por vezes, deixa cair as máscaras, desvelando um ser humano comum, isto é, desprovido de um ilimitado 'poder' saber fazer; um ser humano normal, que sofre, que chora e/ou vibra com emoções vivenciadas em seu cotidiano.

Partindo da reflexão de um entrevistado, podemos perguntar: será que somos normais? Enfrentamos uma diversidade de emoções e sentimentos, em um ambiente que para muitos não é normal. A nossa cultura ocidental nega a dor e a morte, mas as experiências com a dor e a doença grave são constantes e previsíveis dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva. Essa constante carga emocional, para alguns, está incorporada como parte do trabalho, 'já estão acostumados'; para outros, 'faz parte do trabalho, é a nossa vocação e abnegação de sentimentos'. Entretanto, e felizmente, não somos normopatas, ou melhor, procuramos não o ser. Para Beck (2001, p. 98), normopatas

[...] são indivíduos pouco imaginativos, pouco fantasistas, pouco criativos e que costumam ser notavelmente integrados e adaptados a uma sociedade na qual se movimentam com desembaraço e serenidade, sem serem perturbados pela culpa, a que são imunes, nem pela compaixão; como se não vissem que os outros não reagem como eles; como se não percebessem mesmo que os outros sofrem.

A busca de maturidade emocional e as reflexões do nosso cotidiano em busca de respostas aos nossos conflitos, segundo Segre & Cohen (1999), justificam o interesse pela ética, pois não estamos seguros da direção correta a ser seguida e precisamos compartilhar com o coletivo as nossas aflições individuais.

Diante da característica da maioria das Unidades de Terapia Intensiva, de não disponibilizar espaços para reflexão e compartilhamento de idéias e experiências, o trabalhador mantém-se no silêncio diante daquilo que aceita ou reprova, baseado nas suas convicções e valores pessoais. Não interagindo com os demais trabalhadores, reduz as possibilidades de relações significativas, individualizando e particularizando suas emoções.

Isso vem confirmar alguns pressupostos descritos neste estudo, sobre a necessidade de preparar técnico-cientificamente e emocionalmente os profissionais da saúde e, em especial, o trabalhador intensivista. Pela profundidade da questão do processo de doação e o direcionamento unilateral dos serviços da instituição hospitalar, evidencia-se, neste contexto, que os fatores psicológicos e emocionais ficam em segundo plano. Vislumbro a necessidade de organizar um serviço de apoio psicológico individual e de terapia de grupo sistematizado para ir ao encontro das reais necessidades dos trabalhadores, com a aplicação de várias metodologias para promover e proteger a saúde mental dos mesmos.

Essas ações podem resgatar o valor do sujeito-trabalhador, o que conseqüentemente influirá na sua imagem e na qualidade dos serviços prestados pela instituição. A reconstrução da compreensão ética ultrapassa os limites dos códigos normativos e regras de condutas e posturas, contemplando a solidariedade, a responsabilidade, os desejos e motivações pessoais, os direitos e o respeito à dignidade do ser humano.

A formação de Equipes de Coordenadores Intra-hospitalares para Captação de Órgãos deve ser priorizada pela Direção Clínica e Administrativa dos hospitais, mantendo e fornecendo infra-estrutura adequada e eficiente, bem como profissionais habilitados e comprometidos com a filosofia da Política de Doação e Transplantes, para que estes possam desempenhar suas atividades com responsabilidade, competência e dinamismo. As atividades educativas permanentes devem ser priorizadas, inicialmente com os trabalhadores das unidades de terapia intensiva e de emergência. A divulgação e as atribuições assumidas pela equipe devem ser de conhecimento de todos os trabalhadores da saúde do hospital e da região, favorecendo a conscientização e a multiplicação de potenciais doadores, principalmente entre os trabalhadores da saúde.

A organização e estruturação dessa equipe de captação de órgãos ajudará na diminuição de angústias e conflitos éticos entre os trabalhadores intensivistas; todavia, não anula a responsabilidade e o compromisso da instituição hospitalar em apoiar emocionalmente esses trabalhadores.

O desvendamento de várias questões éticas envolvendo os princípios da bioética, relacionadas ao cuidado de si e ao cuidado do paciente e do familiar potencial doador de órgãos, visando a participação, reflexão e ação, foram marcantes e vistos como dependentes das ações do próprio trabalhador. Essa percepção notadamente foi observada em muitos trabalhadores entrevistados, que se mostraram comprometidos com uma ética individual e coletiva, voltada para grupos de reflexão e de apoio aos colegas da unidade de internação.

Com relação aos objetivos propostos para este estudo, o primeiro, que compreendia o conhecimento vivencial dos trabalhadores no cuidado ao paciente e ao familiar potencial doador de órgãos, através de uma Prática Assistencial Educativa, considere de pleno êxito. É importante ressaltar que a experiência possibilitou a abertura de espaços para questionamentos éticos, através de uma prática educativa reflexiva dialogada e de compartilhamento de vivências no cuidado ao potencial doador de órgãos.

Este trabalho fortaleceu minhas convicções e estimulou novos estudos com todos os trabalhadores intensivistas (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares e fisioterapeutas).

No segundo e terceiro objetivos, busquei identificar a influência dos princípios da bioética no saber e fazer dos profissionais da saúde e os dilemas éticos enfrentados no processo de doação de órgãos, o que está descrito no capítulo IV.

Dos aspectos mais relevantes deste estudo, destaco:

- as decisões que envolvem o processo de doação de órgãos não sofrem interferência direta do conhecimento técnico-científico e sim, principalmente, dos valores e crenças filosóficas, religiosas e humanitárias dessa ação;
- cada categoria profissional pensa, percebe e se relaciona, no seu mundo do ser e fazer, como um exercício profissional guiado pelo respeito aos princípios da bioética;
- a equipe reconhece a importância de manter relações interpessoais íntegras e saudáveis, em especial com a família do doador, reconhecendo e compreendendo o momento difícil da decisão da doação;
- mesmo não tendo preparo emocional adequado, o trabalhador busca alternativas para superar essa limitação e satisfazer as necessidades da família e do paciente potencial doador de órgãos;
- a heterogeneidade de percepções, concepções, valores e crenças definem o perfil dos trabalhadores de saúde, para que dentro de sua realidade vivencial desenvolvam uma prática ética e moral;
- o respeito aos princípios da beneficência, autonomia e justiça é, para esses trabalhadores, diretamente relacionado ao respeito à individualidade e singularidade do ser humano;
- o profissional inserido no processo de doação preocupa-se com a sua credibilidade e sua imagem junto à sociedade;
- na doação de órgãos, a competência do familiar, dentro do princípio da autonomia, não pode ser julgada. Deve ser respeitada a decisão sem contestações por parte do profissional;
- o trabalho da Central de Transplantes, com a instalação de lista única, obteve maior credibilidade, honestidade e igualdade nas ações, embora já se discuta

em nível estadual e nacional a alteração da lista de transplantes segundo a gravidade e não mais pela ordem cronológica de inscrição na lista;

- o trabalhador supervaloriza as ações técnico-científicas para neutralizar ou bloquear os conflitos emocionais e os dilemas éticos;
- a equipe tem consciência que a técnica de abordagem à família, com uma assistência humanizada e com cuidados responsáveis e competentes, pode ser um dos fatores favoráveis à doação de órgãos;
- neste estudo, o aspecto religioso interfere na concepção da morte, mas não é tão visível e decisivo na questão da doação de órgãos;
- o trabalhador não é preparado adequadamente na fase acadêmica e em sua prática profissional para trabalhar com o paciente com morte encefálica e potencial doador de órgãos nem para enfrentar situações de dor, sofrimento e morte;
- a equipe de captação de órgãos, além de organizar e estruturar o processo de doação, diminui significativamente a angústia e o estresse do trabalhador intensivista;
- a dimensão cultural, no aspecto de valores e princípios pessoais dos familiares, representa a maior influência nas decisões que envolvem a doação;
- a mídia ajuda na divulgação dos sucessos da doação e melhora a imagem e auto-estima dos trabalhadores perante a sociedade;
- nas decisões particulares para a doação, o trabalhador da saúde pensa e reage como pessoa leiga no processo, evidenciando dificuldades no diálogo com seus familiares e na indecisão de doador.

Esta pesquisa tomou um caráter desafiador, principalmente em abordar e tentar compreender questões conflituosas que envolvem percepções e concepções com valores subjetivos, individuais e particularizados de cada ser humano, em especial o trabalhador de saúde. Este vivencia momentos dolorosos da finitude humana e agracia-se com gestos de solidariedade como o ato da doação de órgãos, mesmo confrontando-se com seus conflitos existenciais, tanto no plano pessoal como profissional.

Na medida que este assunto torna-se instigante e merecedor de mais estudos, proporciona-me compreender uma outra bioética, tão presente em nosso ambiente de terapia intensiva, mas pouco discutida nos grupos de profissionais da saúde.

Enfim, neste campo em que a tecnociência mostra-se avançada e promissora, evidenciamos um profissional da saúde de terapia intensiva possivelmente preparado tecnicamente, mas com raízes na alienação cotidiana, no despreparo emocional, enfrentando conflitos existenciais e alguns dilemas éticos que podem ser solucionados através de práticas educativas permanentes e apoio psicológico como investimento da instituição a esse trabalhador. Dessa forma se estimulariam as relações multidimensionais entre trabalhador-equipe-instituição para valorização e promoção da qualidade de vida e de trabalho dos mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. & MUÑOZ, D. R. Noções de responsabilidade. In: SEGRE & COHEN (org), **Bioética**, São Paulo: EDUSP, 1999.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS NETO, T. P. Estresse: Uma Inevitável Conseqüência da Vida Moderna. **Rev. Nova News**. Ano II, Ed. 2 Jun/1999.
- BECK, C. L. C. Sofrimento e esperança: vivências com familiares de pacientes internados em UTI. In: GONZALES, R. **Cenários de cuidado**: aplicação de teorias de enfermagem. Santa Maria: Pallotti, 1999.
- BECK, C. L. C. **O sofrimento do trabalhador**: da Banalização à Re-significação Ética na Organização da Enfermagem. Florianópolis, Série Teses em Enfermagem, 2001.
- BERLINGUER, G. **Questões de vida** (ética, ciência e saúde). Salvador, São Paulo, Londrina: APCE/HUCITEC/CEBES, 1993.
- BERLINGUER, G.; GARRAFA, V. **O mercado humano**: estudo bioético da compra e venda de partes do corpo. Brasília: Universidade de Brasília, 1996.
- BERLINGUER, G. In: GARRAFA, V.; COSTA, S. I. F. **A bioética no século XXI**. Brasília: Ed UNB, 2000.
- BETINELLI, L. A. **Cuidado solidário**. Passo Fundo: Berthier, 1998.
- CAMPONOGARA, S. *et al.* **O cuidado intensivo sob a ótica do cuidador**: revelando novos significados. (mimeografado), Santa Maria, 2000.
- CAPELLA, B. B.; GELBOCKE F. L. Enfermagem: sua prática e organização. **Rev. Bras. Enfermagem**, 41(2): 132-9, 1988.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1989.
- CESAR, B. **Morrer não se improvisa**. São Paulo: Gaia, 2001.
- CHANGEUX, J. P. **Uma ética para quantos?** Bauru: EDUSC, 1999.
- CICCONE, L. **Bioética e transplante de órgãos**. Tradução de Elaine Caramella, São Paulo: Ed. da Universidade do Sagrado Coração, 1999.

- CLOTET, J. *et al.* **Consentimento informado e sua prática na assistência e pesquisa no Brasil**, CLOTET, FRANCISCONI, GOLDIM (org), Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.
- COHEN, C. & MARCOLINO, J. A. M. Relação médico-paciente, In: SEGRE & COHEN (org). **Bioética**, São Paulo: EDUSP, 1999.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, Brasília, DF, 2000.
- CULVER, C. M. Competência do paciente. In: SEGRE & COHEN (org), **Bioética**, São Paulo: EDUSP, 1999.
- DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, Brasília, 1991.
- ENGELHARDT Jr., T. **Fundamentos da bioética**, São Paulo: Edições Loyola, 1996.
- FORTES, P. A. C. Reflexões sobre bioética e o consentimento esclarecido. **Bioética**. 2: 129-35, 1994.
- FORTES, P. Avanços tecnológicos significam melhoria da saúde? In: GARRAFA, V; COSTA, S. I. F. **A bioética no século XXI**. Brasília: Ed UNB, 2000.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- FREITAG, B. **Itinerários de Antígona: a questão da moralidade**. Campinas: Papyrus, 1992.
- GARCIA, V. **Política de transplantes no Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília 1999.
- GARRAFA, V. Reflexões bioética sobre ciência, saúde e cidadania. **Rev. Bioética do Conselho Federal de Medicina**, n. 1, v. 7, 1998.
- GELAIN, I. A ética na enfermagem: sua história e suas perspectivas. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.4, n. 2, p. 9-17, jul.-dez. 1995.
- GERMANO, R. M. A evolução do ensino da ética para enfermeiros. **Rev. Bioética do Conselho Federal de Medicina**. Brasília, v. 4, 1994.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GOLDIM, J. R., CLOTET, J., FRANCISCONI, C. F., **Consentimento informado** e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil, (org) Goldim, EDIPUCRS, 1ª ed. Porto Alegre, 2000.
- GOMES, A. M. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**. São Paulo: EPU, 1978.
- GONZALES, R. M. B. A autopercepção: um trajeto vivenciado por enfermeiros. In: **Cenários de cuidado: aplicação de teorias de enfermagem**. Santa Maria: Pallotti, 1999.
- GONZALES, R. M. B. **Sofrimento na práxis da enfermagem: real ou deslocado em seu sentido?** Florianópolis, Série teses em enfermagem, 2001.

GUIMARÃES, S. R. L. & LUNARDI, V. L. O dilema ético frente à necessidade de revelação do diagnóstico de infecção hospitalar. **Rev. Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 2, pt 1, 137-146, mai./ago.,2000.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

HOSSNE, W. Competência do médico. In: SEGRE & COHEN (org) **Bioética**, São Paulo: EDUSP, 1999.

KALAKUN, L. *et al.* A ética, o cliente com câncer e o enfermeiro. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, v. 4, n. 2, jul.-dez. 1995.

KOVÁČZ, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**, Casa do Psicólogo, São Paulo, 1992.

LEOPARDI, M. T. A finalidade do trabalho da enfermagem: a ética como fundamento decisório, **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 23-29, jul.-dez. 1995.

LEOPARDI, M. T. *et al.* **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC. Florianópolis: Papa Livros, 1999.

MARCHI, M. M. & SZTAJN, R. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. **Rev. Bioética do Conselho Federal de Medicina**, Brasília, v. 6, n. 1, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MOURA FÉ, I. A. doença mental e autonomia. **Rev. Bioética do Conselho Federal de Medicina**, Brasília, v.6, nº 1, 1998.

MUÑOZ, D. R. & ALMEIDA, M. Doação e transplante de órgãos e tecidos. In: SEGRE & COHEN (org) **Bioética**, São Paulo: EDUSP, 1999.

OSELKA, G. O código de ética médica. In: SEGRE E COHEN. **Bioética**, São Paulo: EDUSP, 1999.

PAES DA SILVA, M. J., Humanização em UTI. In: **Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. São Paulo: CEDAS, 1996.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Loyola, 2000.

PITTA, A. **Hospital**: dor e morte como ofício. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

POLIT, D. & HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PRUDENTE, M. G. **Bioética: conceitos fundamentais**. Porto Alegre: Ed. do Autor, 2000.

RAMOS, F. R. O Processo educativo em saúde como prática assistencial: relato de experiência. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, jan.-jun. 1992.

_____. **Ética e trabalho**: a transgressão do belo. In: A saúde como desafio ético. Anais do I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde. Organizadores Gustavo Caponi, Maria Tereza Leopardi e Sandra Caponi. Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995.

RAMOS, F. R. S.; MARTINS, C. R. Ética e cotidiano: uma motivação para o debate em saúde. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 60-72, jul.-dez. 1995.

RAMOS, F. R. R. **Obra e manifesto**: O desafio estético do trabalhador da saúde. Tese de Doutorado, Florianópolis, 1995.

_____. Quem produz e a quem o trabalho produz? In: LEOPARDI, M. T. **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa Livros, 1999.

RAMOS, F. R. *et al.* **Para pensar o cotidiano**: educação em saúde e a práxis da enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1999.

RICHARDSON, R. *et al.* **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, M. S. & LEOPARDI, M. T. **O método de análise de conteúdo**: uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

SANTIN, S. Ética e sensibilidade. In: **A saúde como desafio ético**. Anais do I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde. Organizadores Gustavo Caponi, Maria Tereza Leopardi e Sandra Caponi. Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995.

SELLI, L. **Bioética na enfermagem**. São Leopoldo: Unisinos, 1999.

SEGRE, M. & COHEN, C. **Bioética**. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 1999.

SEGRE, M. Considerações sobre o princípio de autonomia. **Rev. Medicina**, Ribeirão Preto, v. 28, n. 1, p.10-5, jan/mar, 1995.

SILVA, F. L. Beneficência e paternalismo. **Rev. Do Conselho Federal de Medicina**, Brasília, dez., 1997.

SOUZA, Z. S.; MORAES, M. I. D. M. A ética médica e o respeito às crenças religiosas. **Rev. Bioética do Conselho Federal de Medicina**, Brasília, v. 6, 1998.

TRAVELBEE, J. **Intervencion en enfermería psiquiátrica**. 2.ed. Colômbia, OPAS/OMS, 1982.

VEATCH, R. Ethical dimensions of advance directives and surrogate decision making in the United States. *Op. Cit.* 1993.

VOMERO, M. F. Morte. In: **Rev. Super Interessante**, ed. 173, p. 36-44, fev. 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Quadro 1: Proposições formais da prática assistencial

| Encontro | Nº Participantes | Objetivos | Instrumentos/Técnicas |
|-----------------------------|------------------|---|--|
| 1º Encontro dia 08/05/01 | 8 pessoas | <ul style="list-style-type: none"> • apresentar a proposta do projeto de prática assistencial e informações sobre o termo de consentimento livre • integrar e despertar a sensibilidade entre os participantes | Técnica de integração através da escrita e fala da qualidade do colega |
| 2º Encontro dia 09/05/01 | 11 pessoas | <ul style="list-style-type: none"> • perceber e desenvolver a sensibilidade, a subjetividade, as relações de afetividade e de intuição entre os participantes. | Oficina lúdica com técnica de estímulos sensoriais através do sal, vinagre, vinho, açúcar, perfume, pedra, música. Técnica de relaxamento "imaginação positiva" |
| 3º Encontro dia 10/05/01 | 10 pessoas | <ul style="list-style-type: none"> • desenvolver a autopercepção e o seu modo de ver o ser humano, o símbolo que sustenta a ordem social | Técnica da representação do corpo através da argila |
| 4º Encontro dia 15/05/01 | 11 pessoas | <ul style="list-style-type: none"> • estimular o extravazamento de tensões, • despertar sentimentos vivenciados, valores e concepções éticas, morais, religiosas | Técnica "Filme da minha vida" (rever o seu passado e imaginar o futuro) Expressão em desenhos e poesias |
| 5º Encontro dia 16/05/01 | 10 pessoas | <ul style="list-style-type: none"> • demonstrar a necessidade da comunicação, para realizar um trabalho organizado e coerente, • discutir os aspectos legais da doação e transplantes de órgãos e o código de ética da enfermagem, • refletir sobre o cuidado ao paciente e família potencial doador de órgãos e o preenchimento do protocolo de morte encefálica. | Desenho fragmentado do corpo humano, com reflexão do valor da comunicação entre as pessoas. Reflexão, discussão e significação para o trabalhador de enfermagem dos temas estudados. Uso de material xerocado. |
| 6º Encontro dia 22/05/01 | 13 pessoas | <ul style="list-style-type: none"> • refletir sobre as concepções e valores éticos de si próprio e do outro; • esclarecer dúvidas quanto aos exames clínicos do protocolo de morte encefálica e a lei de doação de órgãos e suas significações para o trabalhador; • estimular o extravasamento de tensões adquiridos no cotidiano; • avaliar os encontros realizados na prática assistencial e os significados para os trabalhadores da enfermagem | Diálogo reflexivo e participativo Técnica de relaxamento Impresso próprio para avaliação final |

APÊNDICE B

Entrevista com perguntas abertas

- 1) O que é para você trabalhar com o paciente e familiar potencial doador de órgãos?
- 2) O que você pensa da doação e transplante?
- 3) O que significa para você a decisão do preenchimento do protocolo de morte encefálica?
- 4) O que é para você o processo da morte?
- 5) Quais são as facilidades e dificuldades no relacionamento com a família?
- 6) Quais os conflitos vivenciados na atuação junto ao paciente e ao familiar potencial doador de órgãos?
- 7) Existe interferência de valores e crenças dos trabalhadores sobre o saber fazer frente a doação de órgãos?
- 8) Sugestões para educação em serviço.

APÊNDICE C

Termo de consentimento livre e esclarecido

Pelo presente termo de consentimento, declaro que por livre vontade decidi participar da pesquisa “Doação de órgãos: re-significação ética nas relações de trabalho da equipe de saúde em terapia intensiva”, realizada pela enfermeira Tânia Dubou Hansel e com orientação da Dr^a Flávia Regina Ramos e Dr^a Rosa Maria Bracini Gonzales.

Esse trabalho tem como objetivo compreender as percepções e concepções sobre a doação de órgãos, manifestas no saber e fazer dos trabalhadores de saúde da UTI adulto, no cuidado frente ao paciente e familiar potencial doador de órgãos, à luz dos princípios da bioética. Esta pesquisa se justifica frente à necessidade de oportunizar momentos de reflexão e compartilhamento de experiências vivenciadas entre os trabalhadores da saúde, a interferência dos princípios da bioética no saber e fazer dos profissionais com a assistência ao paciente e familiar potencial doador de órgãos e os sentimentos despertados no trabalhador da saúde e sua relação com as concepções éticas, religiosas, culturais frente ao cuidado com o paciente e familiar potencial doador de órgãos.

A metodologia utilizará entrevistas gravadas e posteriormente transcritas, com análise qualitativa dos dados coletados. A participação nesta pesquisa não envolve riscos aos participantes, e os benefícios incluem o esclarecimento de alguns conceitos que poderão facilitar o relacionamento da equipe com os familiares, reflexões sobre o saber e o fazer frente ao cuidado com o paciente e familiar potencial doador de órgãos, dentre outros.

Fui informada ainda:

- da liberdade de participar ou não da pesquisa, tendo assegurada essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar meu consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo;
- da segurança que não serei identificada e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade, a proteção da minha imagem e a não estigmatização;
- da garantia que as informações não serão utilizadas em meu prejuízo;
- da liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa;
- da segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

A pesquisa observará também a sua adequação no que diz respeito aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder às incertezas, prevalecendo sempre as probabilidades dos benefícios esperados sobre os riscos previsíveis.

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecida, consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando à autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Este documento foi revisado e aprovado pela Coordenação de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria e pelo Conselho de ética do CCS.

Nome do participante: _____ Assinatura: _____
Data: ____/____/2001.

OBS: O presente documento, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com a autora do projeto.

ANEXOS

ANEXO A
Protocolo de morte encefálica