



Enfermería Global

ISSN 1695-8141

Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería

Nº 15

Febrero 2009

www.um.es/eglobal/

CLÍNICA

SUFRIMIENTO Y CONTRADICCIÓN: EL SIGNIFICADO DE LA MUERTE Y DEL MORIR PARA LOS ENFERMEROS QUE TRABAJAN EN EL PROCESO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE.

SOFRIMENTO E CONTRADIÇÃO: O SIGNIFICADO DA MORTE E DO MORRER PARA ENFERMEIROS QUE TRABALHAM NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE.

*Lima, AAF., **Silva, MJP., ***Pereira, LL.

*Mestre em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo, enfermeira e docente. **Profesora Titular do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP. ***Doutora em Enfermagem e Pró-Reitora Acadêmica do Centro Universitário São Camilo. Brasil.

(Este trabajo es parte del master en Bioética del Centro Universitario Sao Camilo intitulado " Sufrimiento y contradicción: el significado de la muerte, del morir y de la humanización para enfermeras que trabajan en el proceso de donación de órganos para trasplantes" , 2006).

Palabras clave: actitud frente a la muerte, bioética, muerte, obtención de órganos

Palavras chaves: atitude frente a morte, bioética, morte, obtenção de órgãos..

RESUMEN

Objetivo: Identificar la percepción y los sentimientos de los enfermeros que trabajan en la captación de órganos para trasplantes en relación a la muerte y al morir.

Método: Trátase de una investigación descriptiva con abordaje cualitativo. Fueron realizadas 10 entrevistas semi-estructuradas, grabadas en cinta-cassette, y los datos discutidos a partir del análisis de los discursos según Bardin.

Resultados: Emergieron tres categorías: Categoría 1 - **El significado de la muerte**, constituida por las subcategorías: Finitud, Renacimiento y Contradicción; Categoría 2 – **El significado de la donación**, con las subcategorías: Solidaridad y desprendimiento, Oportunidad de vida e Contradicción; Categoría 3 – **Conflictos vivenciados por el enfermero en el proceso de trabajo en la captación de órganos**, teniendo como subcategorías: Estando con la familia del donador, Cuidando del donador en detrimento de la donación, Sufriendo en el trabajo, Intentando preservarse, Criticando el proceso de captación y Buscando el sentido del trabajo.

Conclusión: A partir del análisis de los contenidos según las orientaciones del método de proceso de datos de Bardin, podemos inferir que los profesionales de captación de órganos necesitan ser cuidados por vivenciar conflictos existenciales y dilemas morales con mucha frecuencia en sus quehaceres, pudiendo comprometer su propia salud mental y física.

RESUMO

Objetivo: identificar a percepção e os sentimentos dos enfermeiros que trabalham na captação de órgãos para transplante em relação à morte e o morrer.

Método: trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Foram realizadas 10 entrevistas semi-estruturadas, gravadas em fita cassete, e os dados analisados a partir da análise dos discursos.

Resultados: emergiram três categorias: Categoria 1 – **O significado da morte**, constituída pelas subcategorias: Finitude, Renascimento e Contradição; Categoria 2 – **O significado da doação**, com as subcategorias: Solidariedade e desprendimento, Chance de vida e Contradição; Categoria 3 – **Conflitos vivenciados pelo enfermeiro no processo de trabalho na captação de órgãos**, tendo como subcategorias: Estando com a família do doador, Cuidando do doador em detrimento a doação, Sofrendo no trabalho, Tentando preservar-se, Criticando o processo de captação e Buscando o sentido do trabalho.

Conclusão: os profissionais de captação de órgãos necessitam ser cuidados por vivenciarem conflitos existenciales e dilemas morais com grande frequência em seu fazer, podendo comprometer sua saúde mental e física.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo técnico-científico de los trasplantes implica la obtención de órganos para garantizar el éxito de esa modalidad terapéutica. El trasplante presupone la extracción de órganos “vivos” de cuerpos humanos sin vida (donador). En el caso de los individuos con muerte encefálica, sus órganos substituirán los órganos ineficientes de otra persona (receptor). Dentro de todo esto, ese escenario nos presenta nuevos desafíos en la relación humana entre el potencial donador, profesional, familiar y receptor.

Las transformaciones sociales de los últimos 40 años, especialmente en los contextos sociopolíticos y tecnológicos, han dado un gran impulso al nacimiento de la bioética, que se origina justamente para relacionar los avances tecnológicos y la calidad/condición de la vida. De esta forma, la bioética sería una forma de poner “límite” a los avances técnico científicos para preservar la vida en el planeta. En 1971, Potter propone la constitución de una ética aplicada a la situación de la vida, comprendiendo que sería el camino a la supervivencia de la especie humana. Considera que para garantizar esta supervivencia de la especie, es preciso respeto a los valores humanos, presuponiendo prudencia en la relación entre el conocimiento biológico y los valores humanos.

En las últimas décadas, la medicina ha desarrollado un arsenal tecnológico que ha hecho posible la reparación y sustitución de las funciones de los órganos y la utilización de prótesis externas e internas. El trasplante permitió mantener con vida a un gran número de personas víctimas de enfermedades que otrora no tenían posibilidad de sobrevivir a los episodios de agudizaciónⁱ.

A pesar de que el número de trasplantes ha aumentado, la escasez de órganos continúa siendo uno de los mayores obstáculos para los equipos trasplante en todos los paísesⁱⁱ, pues

la demanda por trasplantes viene aumentando en escala mayor que la concretización de donaciones, haciendo que las listas de espera continúen creciendoⁱⁱⁱ.

El profesional de salud tiene una acción relevante en la obtención de órganos, y así lo confirma la actuación de la Organización Nacional de Trasplantes de España, que presenta el mayor número de donantes por millón de habitantes del mundo y este enorme éxito ha sido posible apoyándose en la función de los coordinadores de trasplantes, que son profesionales entrenados para la detección de los posibles donantes y con habilidades para manejar el complejo proceso de donaciones y trasplantes^{iv}.

En Brasil, la ley n° 9434 del 4 de febrero de 1997 reglamentada por el Decreto n°. 2.268 del 30 de junio de 1997, que dispone sobre la remoción de órganos, tejidos y partes del cuerpo humano para fines de trasplantes y tratamientos, creó el Sistema Nacional de Trasplantes (SNT) y para cada Estado Brasileño, una Central de Notificación, Captación y Distribución de Órganos(CNCDO)^v.

En el Estado de Sao Paulo, se constituyeron dos CNCDO, una en la capital y otra en la región del interior, teniendo como atribuciones la administración del registro técnico único de los donantes y receptores de órganos y tejidos para trasplantes. Objetivando optimizar el proceso de donación y aumentar el número de donantes fue descentralizado con la creación de las Organizaciones de Procura de Órganos (OPOs), que son entidades sin fines lucrativos, localizadas en hospitales universitarios que objetivan identificar, mantener y viabilizar potenciales donantes de órganos y tejidos en los hospitales de su área de acción.

La enfermera o el médico, profesional responsable por actuar como mediador en el proceso de donación en la OPO, se dirige al hospital que hizo la notificación para iniciar la evaluación de las condiciones clínicas del potencial donante y orienta o promueve la manutención hemodinámica más adecuada. Mediante la confirmación del diagnóstico de muerte encefálica, después de que el médico responsable haya dejado claro la irreversibilidad del cuadro clínico, solicita la donación de los órganos. En caso de que la familia acepte la donación, providencia la realización de exámenes complementarios y después de todos los exámenes y completada la documentación, notifica a CNCDO que iniciará la distribución de los órganos que fueron donados en conformidad al registro técnico único. Luego se señala un horario para la extracción de los órganos por los equipos de trasplante. Después de la retirada, el cadáver es honrosamente recompuesto y entregado a los familiares para el entierro. En los casos de muerte violenta, frente a la sospecha de crimen, el traslado del cuerpo al Instituto Médico Legal (IML) es obligatorio para ser necropsiado, acompañado de toda la documentación de la donación^{vi}.

El proceso de donación de órganos está impregnado de cuestiones que afectan a la moral humana, destacando en especial el cuidar del paciente en muerte encefálica, considerado clínicamente muerto, mas con características de una persona con vida. De esta forma, la relación profesional con el donante hace que se reflexione sobre el significado de la persona humana que, a su vez, es el objeto principal de la bioética.

No existe consenso sobre el concepto de persona humana. Tampoco la ley, la teología, la biología ni la filosofía consiguieron responder a esta cuestión con argumentos determinantes^{vii}.

Durand⁸ presenta que para el Comité Consultivo Nacional de Ética (CCNE) en Francia y el filósofo Sève, existen constituyentes de la persona humana:

1º) la individualidad, el individuo. Este es un “nudo” indisociable de relaciones entre elementos múltiples que tienden a conservar la condición integral de su ser. El término individuo significa una realidad indivisible limitada por un espacio determinado que presenta una singularidad, y al mismo tiempo, una universalidad, en la medida que en él se encuentran las propiedades de nuestra especie.

2º) la personalidad. La persona es un “nudo” de emociones y de relaciones sociales. La personalidad designa la integración particular de diversos componentes (cuerpo, espíritu, pasión, imaginario). Así, lo biológico puede reconocer en la persona un individuo, mas deberá ver en ese individuo su personalidad, esto es, una identidad psicoafectiva y social.

3º) el sujeto ético. No se puede olvidar que la persona tiene trazos continuos: sus determinaciones jurídicas y especificidades antropológicas (adquisición de costumbres, representaciones morales, religiosas, artísticas y filosóficas).

En nombre del CCNE, Sève hace la distinción entre la persona de hecho y la de derecho, siendo la de hecho el ser concreto de carne y hueso, de mirada y palabra, sensibilidad y querer, razón y libertad. Considera que, si uno de esos trazos estuviese ausente no es una persona de hecho. La persona de derecho existe porque hay otra que la reconoce como tal. Así, ella se afirma en ese reconocimiento a la persona que es, por consiguiente, determinada por otra^{viii}.

Lepargneur^{ix} presenta la definición común de “Persona” como el individuo consciente, dotado de cuerpo, razón y voluntad, autónomo y responsable. Es evidente que el embrión, el feto, el loco, aquel en estado de coma no responden a esta definición de persona. Surge la siguiente indagación: ¿en virtud de qué se puede atribuir dignidad personal a estos seres? El dice que la respuesta viene dada por la ciencia actual, es por la “adscripción”, esto es, por la atribución de cierta dignidad personal, otorgada por un juicio comunitario, juzgándose merecedor de ella por la proximidad que intuimos disfruta con nosotros.

El potencial donante de órganos que se encuentra en muerte encefálica no sería una persona conforme a las definiciones descritas anteriormente, a pesar de todo él tiene una biografía que es significada por su cuerpo y por su familia.

La muerte y el morir son vistos y reflexionados de forma diferente, dependiendo de la cultura en la cual el individuo está inserto, se trata de un tema bastante complejo, sobre todo en los casos accidentales^x.

Los Potenciales Donantes (PD) están encuadrados en las muertes súbitas, tempranas y muchas veces como consecuencia de la violencia social. En el momento de la entrevista familiar para solicitud de las donaciones, los familiares de los PD reaccionan y expresan su pesar ante la muerte de diferentes formas.

La combinación de muerte repentina, inesperada, violenta y temprana, asociada al sentimiento de ira, sumado a la demora del proceso legal de entierro puede llevar a la familia al stress y provocar problemas psicológicos duraderos^{xi}.

En el proceso de donación de órganos es muy difícil respetar el luto de la familia, pues frente al dolor de la pérdida, la familia es consultada y decide si quiere hacer o no la donación de los órganos de su ser querido.

El luto es la manifestación de reacciones a una pérdida significativa, pues existe ruptura del vínculo que las personas establecen unas con las otras. La pérdida de una persona querida

es una situación altamente estresante y por lo tanto el luto resulta una respuesta natural para enfrentar esta situación dolorosa, siendo de esta forma un proceso y no un estado¹¹.

En el proceso de luto, existen variables intrínsecas y extrínsecas del que sufre que determinan el tiempo y la intensidad de las fases. Los autores clasifican las fases para facilitar el cuidado, a pesar de que ellas pueden ser todas de una vez o simplemente no manifestarse, la variación es de tres a cinco fases^{xii, xiii}.

La primera fase del luto es la estupefacción, seguida de las fases de protesta, desorganización y recuperación. Existen diferencias considerables de una persona a otra en relación a la duración y a las formas de cada fase¹¹.

La estupefacción es la primera reacción a la pérdida por muerte: ocurre el choque, sorpresa y descreencia. Esta fase puede durar algunos minutos, horas o días, la persona puede sentirse mal o tensa, presentando repentinamente sufrimiento extremo. La negación inicial de la pérdida puede ser una forma de defensa contra un evento de tan difícil aceptación¹¹⁻¹³.

La fase de protesta y ansiedad expresa emociones fuertes, con mucho sufrimiento psicológico y agitación física, siendo una reacción normal la separación y la pérdida. En esta fase quien está de luto siente mucha rabia y, a veces, dirigida a si mismo en forma de acusación, con sentimientos de culpa por pequeñas omisiones de cuidado que pueden haber sucedido con el difunto; otras veces esta rabia es dirigida contra terceros. El que está de luto se comporta como si estuviese en situación de peligro, manifestando gran agitación^{11,13}.

Frente a este complejo escenario surge la donación de órganos como una posibilidad terapéutica para salvar otras vidas. En este momento caótico, los familiares precisan tomar una decisión, cuyos sentimientos son muy conflictivos y la pregunta sobre la posibilidad de la donación puede generar nuevos sufrimientos.

La comprensión de los aspectos sobre la definición de la muerte, su concepción en la sociedad occidental y las reacciones y comportamientos ante la pérdida son importantes para que la asistencia a los familiares de los donantes pueda ser pertinente, priorizando la humanidad y dignidad.

OBJETIVOS

El objetivo era identificar la percepción y los sentimientos de los enfermeros que trabajan en la captación de órganos para trasplantes en relación a la muerte y al morir.

TRAYECTORIA METODOLÓGICA

Tratase de una investigación descriptiva con enfoque cualitativo, realizada con 10 enfermeros (83,3% del total de la población existente) que trabajan en el área de Captación de Órganos para trasplante.

Se definió como local de pesquisa de las Organizaciones de Procura de Órganos (OPOs) de la Municipalidad de Sao Paulo: Hermandad de la Santa Casa de Misericordia de Sao Paulo y Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo. Estos locales fueron seleccionados por congrega profesionales enfermeras con tiempo integral y

exclusivo en el proceso de captación de órganos. Otras OPOs de la municipalidad de Sao Paulo fueron excluidas a priori del estudio por no cumplir los requisitos preestablecidos para la investigación.

En la OPO de la Santa Casa la población (100%) de las enfermeras que trabajan en la captación era de 7, siendo 5 (71,4%) las que estaban disponibles en el mes de la colecta de las informaciones, (2 profesionales estaban con licencias médicas). Formaban parte del equipo de la OPO del Hospital de las Clínicas 5 enfermeros, siendo entrevistados 100% de la población. La muestra total estaba compuesta de 10 enfermeras (lo que representa el 83% de la población existente), ellas tenían mas de 1 año de experiencia en la OPO y fueron entrevistadas porque actuaban en todo el proceso de captación de órganos para trasplantes (desde la identificación del potencial donador de órganos, hasta la liberación del cuerpo del donador para el entierro), además de que aceptaron colaborar con el estudio.

Inicialmente el protocolo de investigación fue sometido al parecer de los comités de ética en Pesquisa de las instituciones escogidas, obteniendo la aprobación de ambas. La entrevista semi-estructurada fue utilizada como instrumento para la recopilación de datos y su funcionamiento era a través de un teléfono de contactos para la presentación de la propuesta y el calendario de fechas y horarios para explicaciones sobre el objetivo y los procedimientos.

Antes de la entrevista fue presentada la propuesta de estudio así como los posibles riesgos, beneficios y procedimientos inherentes. Se dio garantía a los entrevistados sobre el anonimato de las informaciones recogidas y después de aclarar las dudas, hubo la lectura de una declaración de consentimiento libre e informado, seguida de la firma del contrato y la entrevista, que a su vez, fue comenzada.

Las entrevistas se llevaron a cabo en lugar privado, elegido por el entrevistado. El sitio seleccionado proporcionó una mayor concentración y privacidad entre el investigador y el entrevistado. Previo consentimiento del entrevistado las conversaciones fueron grabadas en cinta magnetofónica. Se utilizaron las siguientes preguntas norteadoras:

1. Cuando usted oye la palabra muerte, ¿qué otras palabras vienen a su mente?
2. ¿Cómo se siente al cuidar de una persona con un diagnóstico de muerte encefálica?
3. ¿Cuál es la importancia de la donación de órganos para usted?
4. ¿Cómo es acompañar la familia del donante?
5. En la entrevista familiar, ¿usted se da cuenta de cuál es el comportamiento más a menudo en los familiares?
6. ¿Qué sentimientos surgen al cuidar del cuerpo del donante, al final de la captación, por lo que respecta a la higiene, taponamiento y maquillaje?

Inmediatamente después de la entrevista, la investigadora anotó las señales no verbales: paraverbales y cinésicas. Las señales paraverbales (cualquier sonido producido por el aparato fonador que no forma parte del sistema de sonido del lenguaje utilizado) y cinésico (lenguaje corporal) observadas durante la entrevista^{xiv}. El objetivo de este registro es proporcionar informaciones que puedan completar el discurso.

La recogida de datos duró aproximadamente un mes en cada OPO. La duración del tiempo de entrevista fue alrededor de 30 minutos y el análisis de los resultados de las entrevistas fue realizada según la propuesta de Análisis de Contenidos, considerándose:

Un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones, que utiliza procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes. La intención del análisis de contenido es la inferencia de conocimiento relacionados con las condiciones de producción, (...) inferencia esta que utiliza o no, indicadores cualitativos.^{15p.38}

El autor arriba citado propone tres fases para la categorización de los discursos: el pre-análisis, la exploración de materiales y el procesamiento de los resultados obtenidos por la inferencia y la interpretación. El pre-análisis es el proceso de organizar el material, la sistematización de la descripción de los datos recogidos y la realización de lectura flotante^{xv}.

Algunos autores relatan que los criterios más empleados en la construcción de la categorización de los datos son los de repetición y de relevancia. La repetición busca identificar en el discurso observaciones reincidentes, o sea, aquello que cada discurso tiene en común con los otros. El criterio de relevancia considera un punto del discurso sin que, necesariamente, sea repetido en el conjunto del material recogido. En este estudio la unidad de registro se construyó fundamentada en el tema, esto es, para construir la categoría se utilizó la repetición de elementos significativos contextualizando la misma idea.

La última etapa del análisis de la investigación incluye el procesamiento de los datos que sugieren la inferencia y la interpretación del contenido del discurso. Por lo tanto, para analizar el discurso de los sujetos se utilizaron puntos de referencia teóricos que permiten la deducción y la comprensión de las cuestiones presentadas. En algunos momentos fue descrito el contexto de la captación de órganos para explicitar el discurso.

Los datos referentes a las señales no verbales, detectados durante las entrevistas, fueron tratados y registrados en una hoja de observación según la propuesta de Silva¹⁴, que clasifica las señales que pueden complementar, sustituir, contradecir lo verbal o demostrar sentimientos específicos.

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Las nuevas categorías fueron^{15,xvi}:

Categoría 1 – **El significado de la muerte**, compuesta por las subcategorías: Finitud, Renacimiento e Contradicción;

Categoría 2 – **El significado de la donación**, compuesta por las subcategorías: Solidaridad e desprendimiento, Oportunidad de vida y Contradicción;

Categoría 3 – **Conflictos vivenciados por la enfermera en el proceso de trabajo en la captación de órganos**, con las subcategorías: Estar con la familia del donante, Cuidando del donante en detrimento de la donación, Sufriendo en el trabajo, Intentando preservarse, Criticando el proceso de captación y la Búsqueda del sentido del trabajo.

CATEGORÍA 1 - EL SIGNIFICADO DE LA MUERTE

La categoría "El significado de la muerte" se formó con los discursos que expresaron la idea de lo que significa la palabra muerte. Los discursos de los sujetos expusieron la idea de contextualización de la muerte como fin, el paso a otro estado, o mediante la presentación de las dos ideas de manera contradictoria. Así se formaron tres subcategorías: Finitud, Renacimiento y Contradicción.

Subcategoría 1.1 – Finitud

El discurso de los sujetos de la investigación trae la idea de finitud asociada a la transitoriedad de la materia, se refiere a la clausura de un ciclo entendiendo que este fin proviene de una muerte esperada o de una muerte trágica. Asocian este fin a los sentimientos de pérdida, tristeza, angustia y nostalgia.

“La primera palabra que viene es final, fin de esta vida, o analizando mejor, también vienen otras palabras, puede ser una muerte esperada, por ejemplo, un anciano con 75, 80 o 90 años puede tener una previsión de la muerte. Una trágica muerte de un joven paciente, hay varias palabras que vienen a mi cabeza cuando pienso en la muerte, pero la primera que viene es final, fin, fin de alguna cosa, fin de un ciclo” (E2)

Subcategoría 1.2 – Renacimiento

Los sujetos de la investigación también consideran que la muerte es un pasaje, transformación y renacimiento. Asocian sentimientos de tranquilidad y relacionan esta perspectiva con su creencia religiosa.

“Pasaje, transformación, renacimiento, al principio eso. Muchas personas piensan que la muerte es el fin, yo creo que no. Para mí, es bien tranquilo, yo creo que es solo un pasar” (E5).

Subcategoría 1.3 – Contradicción

Esta subcategoría presenta los conceptos contradictorios expresados por los individuos al reflexionar sobre el significado de la muerte. Por un lado, la perciben como el fin, la pérdida, lo que despierta sentimientos de tristeza y de miedo y, consecuentemente, la evidencian como una posibilidad de vida, representada por la donación de órganos.

“Yo la veo de dos maneras diferentes. Una dentro de la profesión y otra fuera del hospital. Para mí dentro de la profesión es la cosa más común (...) Yo le digo que es irrelevante, desde que comencé a trabajar en sectores que tuvieron muchas muertes. (...) Ahora, fuera de aquí, hablando de la muerte viene un sentimiento de nostalgia. Por lo tanto, como he perdido a mis padres antes de tiempo tengo miedo, no quiero ni pensar fuera de aquí, (...). Entonces, tengo miedo de perder el marido, tengo miedo de perder el niño, sólo tengo una hermana, tengo miedo de perder a mi hermana. Luego, cuando estoy fuera de aquí, trato de no pensar. Tengo miedo, desvió el asunto mejor”. (E8)

Las contradicciones sobre la muerte y la donación de órganos están en todo el proceso de captación, por el hecho de que los profesionales vivencian dilemas existenciales y morales cuando promueven la donación de órganos y tejidos para trasplante.

En resumen, el profesional, al pensar en la muerte y en el morir, asocia el sentido de finitud a la transitoriedad de la materia, que está relacionado con sentimiento de pérdida, tristeza, angustia y nostalgia.

Describe que la muerte significa pasaje, transformación y renacimiento, relacionando esa perspectiva con creencias religiosas y, por último da a la muerte un sentido contradictorio. Por un lado, la muerte significa fin y pérdida, despierta sentimientos de tristeza y temor, y en

segundo lugar, puede representar la posibilidad de vida en función de la donación de órganos.

Algunos de los entrevistados expresan sentimientos de tristeza y de ansiedad al considerar la muerte como un fin. Hay estudios^{xvii} que corroboran estos hallazgos demostrando que los profesionales de la salud, médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, al vivenciar la muerte del paciente, se sienten frustrados, tristes y lamentan la pérdida de ese alguien con quien convivieron y establecieron vínculos.

Se hace hincapié en que las enfermeras del estudio no cuidaron del potencial donador antes de su muerte encefálica, sin embargo se comportan como si existiese vínculo frente al que murió. Tal vez se pueda pensar que la enfermera se identifica con el donante por su condición de ser humano.

Considerar la muerte como un final crea en el profesional tristeza, pues esta concepción no permite la continuidad de su ser, revelando su carácter finito, exponiendo su fragilidad y vulnerabilidad.

Al considerar la muerte un hecho que despierta en el profesional un sentimiento de tristeza ante su finitud, el profesional de captación de órganos vivencia la muerte y el morir todos los días en su cotidiano, al cuidar del paciente en muerte encefálica. Esta experiencia, probablemente significa que este profesional piensa a menudo en su propia muerte o en la de otros, lo que genera tristeza.

Es importante tener en cuenta que algunos valores espirituales y filosóficos de cada persona actúan como elementos de amparo y confort para posibles angustias que la muerte puede traer. Así, la espiritualidad puede ayudar a la persona a elaborar una explicación racional para la muerte, pensarla como un paso a otra vida o renacimiento.

La enfermera de captación de órganos se encuentra frente a un dilema al cuidar a una persona muerta, al mismo tiempo que posibilita la vida. La investigación^{xviii} muestra que el 62,4% del personal de enfermería intensiva caracteriza la muerte como un hecho natural, profesionalmente; sin embargo, al considerar su propia muerte, sólo el 5,7% la considera natural, mostrando la contradicción entre el significado de la muerte en la dimensión personal y profesional.

La comprensión de la muerte como algo “natural” es visto por muchos autores^{17,xix, xx, xxi, xxii, xxiii} como una estrategia para escapar de los sentimientos, para reducir al mínimo la sensación de impotencia al vivenciar la muerte de otro.

En la captación de órganos, la enfermera se ocupa de los muertos en la expectativa de generar vida a través de la donación. Eso no significa que consiga relacionarse mejor con las cuestiones de la finitud humana. Podemos observar por los discursos que el miedo a la muerte, visto desde el prisma personal, evidencia la necesidad de desarrollar formas de convivir con ella; podrá clasificarla como algo natural, en un intento de preservarse, por el hecho de que esta coexistencia genera sufrimiento.

CATEGORÍA 2 - EL SIGNIFICADO DE LA DONACIÓN

La categoría “El significado y la Donación” se fundamenta en los discursos que expresan el sentido de la donación de órganos para trasplante. Las ideas de donación están

asociadas al acto de amor con el prójimo, desprendimiento y permiso para que la vida continúe y se tenga una segunda oportunidad de vida. La idea de cuestionamiento contenida en la descripción de esta categoría está asociada a los discursos que contradicen ese pensamiento, reflejando que la donación no siempre genera vida o es un acto de solidaridad, y también destaca la posición de algunos individuos contrarios al acto de donar.

Esta categoría está formada, por lo tanto, de tres subcategorías: Solidaridad, Oportunidad de vida y contradicciones.

Subcategoría 2.1 – Solidaridad y desprendimiento

Esta subcategoría relaciona el significado de la donación con una actitud de solidaridad y desprendimiento de la familia. La solidaridad implica un acto de reciprocidad y respeto, un sentimiento moral vinculado a las personas y a la vida. La decisión de donar se relaciona con una actitud de desapego, de valentía y respeto.

“La donación, para mí, significa la solidaridad y el desapego. Creo que una familia que esté de acuerdo con la donación, es una familia extremadamente desapegada desde el punto de vista material. Es una familia extremadamente solidaria. Por ello es la solidaridad, desapego y, por ende, el amor al prójimo; esto es para mí el significado de la donación” (E1).

Subcategoría 2.2 - Posibilidad de vida

Esta subcategoría trata el significado de la donación como una posibilidad de una segunda vida a los pacientes que esperan un trasplante, dando la posibilidad de una vida mejor, con más dignidad para quien quiere vivir.

“La donación de órganos... es una segunda vida. Aquellos pacientes que están en la lista de espera para un trasplante de órganos para regresar nuevamente a la sociedad, (...) creo que la donación de órganos tiene un rol de importancia para dar una nueva posibilidad de vida a estas personas”.

Subcategoría 2.3 – Contradicción

Las enfermeras afirman ser favorables a la donación, sin embargo se preguntaban si serían donantes. Este comportamiento ambiguo se refiere al proceso de donación y de su validez; una de sus preguntas incluye el desencarnar, es decir, la transición hacia el mundo espiritual y la principal duda es si realmente el espíritu ha dejado el cuerpo en el momento de la donación. Se trata de un tema conflictivo desde el punto de vista científico e impregnado de diferentes concepciones religiosas. La validez del trasplante es también un aspecto que marca dudas en los entrevistados que verifican en el cotidiano las dificultades, los fracasos de los trasplantes de órganos, desde el punto de vista de los trasplantados, aún a sabiendas de que es una segunda posibilidad de vida.

“Yo soy favorable al acto de donar, mas no sé si sería un donante, más por el proceso de donación, cómo funciona. Pero es ayudar al prójimo, desapego total a lo material. Creo que hay que estar preparado para la donación de órganos, no es para cualquier persona, es una cosa muy bien pensada” (E5).

En síntesis, de los discursos surgieron las ideas de que donar exige valentía, seguido por un sentimiento de desapego de lo material; para algunos, la donación puede permitir una

segunda oportunidad de vida, o expresar significados controvertidos de la vida y la muerte, pues la donación de órganos y el trasplante no siempre garantizan la supervivencia y la calidad de vida del trasplantado. Algunos profesionales declararon no ser donantes de órganos por considerar que existen situaciones deshumanizadas en el sistema de donación, o por las dudas que tienen en relación a los beneficios de la donación y del trasplante.

Otro estudio^{xxiv} revela que de 72 estudiantes de medicina y de enfermería en la Universidad Británica, todos tenían una actitud positiva en relación a la donación de órganos, con excepción de uno de los entrevistados. Del total, el 74% de los estudiantes de enfermería ya había firmado la tarjeta de donación, en comparación con sólo el 43% de los estudiantes de medicina, destacando la diferencia en el compromiso personal entre los dos grupos. Sin embargo, la mayoría de los estudiantes aceptaría recibir algún órgano o tejido trasplantado en su cuerpo, si eso fuese necesario para garantizar su vida.

El profesional que trabaja en la captación de órganos reconoce que la donación es un acto de solidaridad, sin embargo vivencia el dolor de la pérdida de los familiares, y se sorprende porque a pesar del sufrimiento, consigue desprenderse del cuerpo (materia) del ser querido y optar por la donación. Por lo tanto, la donación se caracteriza por ser un acto de valentía y desprendimiento.

Los entrevistados expresan duda respecto a la donación por dos razones principales: la primera está relacionada con la cuestión de si existe una conexión entre el cuerpo y el espíritu del donante, y en segundo lugar, está relacionada con la validez de los trasplantes, ya que son testigos de gran cantidad de fracasos.

La percepción del cuerpo por el individuo, el modo como él se identifica y se relaciona con su imagen corporal, puede servir, tanto como motivos de facilitación o como resistencia a la donación^{xxv}.

La otra razón que crea dudas en cuanto a los beneficios que la donación puede traer se relaciona con la validez de los trasplantes. Dado el gran número de fracasos, la posibilidad de generar vida se convierte en algo irreal. Por lo que el acto de donar pierde su valor. Para la enfermera que acompaña el sufrimiento de los miembros de la familia y observa que los trasplantados no sobreviven, la donación pierde su sentido.

Por último, la decisión de donar órganos refleja los valores y creencias de la persona; requiere un gran conocimiento de sí mismo, una madurez emocional y una postura ética individual²⁰.

CATEGORIA 3 - CONFLICTOS VIVENCIADOS POR EL ENFERMERO EN EL PROCESO DE TRABAJO EN LA CAPTACIÓN DE ÓRGANOS

Los relatos de las enfermeras indican un proceso de trabajo arduo y marcado por numerosos conflictos. Esta categoría se compone de seis subcategorías que describen los principales dilemas: Estar con la familia del donante, Cuidando del donante en detrimento de la donación, Sufriendo en el trabajo, Intentando preservarse, Criticando el proceso de captación y la Búsqueda del sentido del trabajo.

En el proceso de trabajo de las enfermeras en la captación de órganos para trasplante, varias situaciones conflictivas son reportadas comenzando por la **relación con la familia**, pues comprenden las diferentes reacciones de los familiares afligidos y necesitan solicitar la donación en ese momento. Además consideran que estar con la familia es el momento más

difícil del proceso de captación, pues están ante el sufrimiento de los familiares y precisan desempeñar su papel profesional a través de la solicitud de la donación. Este escenario genera dudas y angustias para los profesionales. Al cuidar de los donantes las enfermeras se centran en la manutención hemodinámica, teniendo mucha preocupación en cuidar del donante en función del beneficio que él traerá a otra persona, presentando una visión utilitarista. Al vivenciar el sufrimiento de la familia y cuidar del donante, el profesional participa de la finitud del otro y esa proximidad con la muerte, en un primer momento, hace que la niegue y actúe como si la situación no hubiese movilizado los sentimientos, en un intento de preservarse. Al final del proceso de captación de órganos, la enfermera manifiesta sentirse aliviada de que todo haya acabado y resultado bien. Los profesionales todavía critican el proceso de captación, pues se sienten violados, consideran que no existe una normalización en su quehacer y caracterizan esta situación como deshumanizada. Procuran dar sentido a lo que hacen, en razón de los dilemas vivenciados, toda vez que, en algunos momentos, su trabajo parece perder todo sentido. Por último, todos estos sentimientos de controversia vividos generan en el profesional de captación sufrimiento al ejercer sus funciones.

Subcategoría 3.1 – Estar con la familia del donante

Estar con la familia del donante, en opinión de los encuestados, es una experiencia compleja y de enorme sufrimiento. Inicialmente por la diversidad de reacciones que la familia presenta: la ira, la duda, la desconfianza y la apatía. Reconocen la delicadeza y el respeto necesario en este momento, siendo de enorme dolor para los familiares, sufren porque entienden que a pesar de la situación deben desempeñar su función profesional, aun cuando se cuestionen sobre el derecho de causarles más dolor. Hablan de la necesidad de establecer sintonía con la familia para desarrollar una relación de confianza; este punto es reconocido como esencial para lograr la aceptación de la donación, porque la familia a menudo ve el proceso con cierto recelo, debido a la falta de asistencia adecuada y no comprender el concepto de muerte encefálica y el hecho de no aceptar la muerte. Todas las enfermeras dicen que estar con la familia es el momento más difícil del proceso, lo que genera estrés, inclusive a aquellos que trabajan en el área durante algún tiempo.

“Con más frecuencia, con certeza, la negación, por no creer en la muerte encefálica. La mayoría no cree que el paciente está muerto, entonces, esperan que el paciente vuelva en si. Sin duda, todos esperan eso. No creen en la muerte encefálica, que estén muertos. El corazón esta vivo, latiendo, ¿cómo es que está muerto?”(E3).

“En lo mínimo es estresante. Por más tiempo que usted trabaje en la captación de órganos en la enfermería, desgata mucho estar con la familia. Desgasta porque es un montón de informaciones que usted tiene que pasar, desgasta (...)” (E4).

Subcategoría 3.2 - Cuidando bien del donante en detrimento de la donación.

Los entrevistados relatan que el cuidado prestado al donante es para promover el mantenimiento hemodinámico y que pueda convertirse en un donante efectivo, porque es la fuente de esperanza para alguien que espera un trasplante. La atención se presta al donante para beneficiar otra persona por lo que el donante es un medio para un fin determinado. Esta visión utilitarista mueve a la enfermera, dando sentido a su trabajo.

“(…) él es muy importante no para mí, más importante porque alguien se va a beneficiar de alguna cosa, de un órgano de él. Por eso es muy importante para mí.

Entonces voy a dar lo mejor de mí, lo mejor de mí en el conocimiento, mejor atención, la mejor atención que estoy dando” (E4).

Subcategoría 3.3 - Sufriendo en el trabajo

Los entrevistados informaron, que al hacer vínculos con los familiares y vivenciar el sufrimiento, también sufren. Pasan a tener miedo de que algo le suceda a alguien a quien aman. Continuamente acompañan a las familias ante la pérdida, esto les lleva a sentirse cansados, agotados y expresar sentimientos de tristeza, señalando la necesidad de apoyo emocional a fin de resignificar esos sentimientos.

“Uno sufre, estoy con miedo de todo. Me temo, miedo a perder todo ¿sabe?...una vez vi eso y lo hallé tan de verdad, el temor de perder hace que desees ganar, si tienes tanto miedo de perder algo, que cuando lo pierdes te ajustas rápido. ¿Usted teme tanto algo que muchas veces parece que está esperando?. Cuando usted tiene mucho miedo de alguna cosa parece que está esperando que eso ocurra. Y yo no estoy esperando que no ocurra nada. Entonces, mudo mis pensamientos, ¿entendió? No estoy esperando nada. Entonces cambio mi pensamiento, es así que pienso todo eso”(E8).

Subcategoría 3.4 – Intentando preservarse

La subcategoría “Intentando preservarse” se refiere a las estrategias utilizadas por las enfermeras que trabajan en la captación de órganos para hacer frente a los sufrimientos experimentados en su proceso de trabajo. Una de las estrategias es el cuidado de los donantes como si ellos no estuviesen con muerte encefálica, tratando de dar una asistencia que sea apropiada. Al mismo tiempo, está tratando de no involucrarse “mucho” en la prestación de asistencia, manteniendo cierta distancia, colocando una barrera para poder continuar el cuidado y no deprimirse. La empatía, ponerse en el lugar del otro, tan alentada durante la formación académica, parece inaceptable en esta situación. Por último, las enfermeras también hacen hincapié en un sentimiento de alivio al final de proceso, con la sensación de “misión cumplida”.

“(…) entonces a veces, usted hace un muro para que las cargas negativas, las cosas pesadas no le lleguen. A menudo, uno no se implica con la familia justamente para no recibir más carga negativa, cada planteamiento que usted hace, sale con la cabeza pesada, por lo tanto, es bueno distanciarse un poco de aquel montón de sentimientos” (E3).

Subcategoría 3.5 - Criticando el proceso de captación

Esta subcategoría expresa los discursos que critican aspectos del proceso de la donación de órganos, estableciendo situaciones deshumanizadoras. Las enfermeras creen que la situación precaria en que se encuentra el sistema de salud y la falta de condiciones para ofrecer una atención adecuada a un donante potencial pueden contribuir a la falta de donaciones. Cuando hay un donante que participa en los medios de comunicación, reconocen que la donación pasa muy rápido, mientras que si el donante es anónimo, nada funciona para acelerar el proceso, aumentando el desgaste de la familia. Apuntan a la falta de concienciación de los profesionales, por no ver que el paciente en muerte encefálica puede ayudar a otras personas. El profesional para desempeñar su papel como captador es clasificado con adjetivos que desprestigian su acción, sintiendo que le faltan al respeto.

“(…) ciertamente, muchas familias no donan porque la atención en el hospital no fue adecuada, el tipo de atención no fue humanizado, principalmente en los hospitales públicos. No estoy diciendo que en hospital particular no se produzcan esas cosas, pero en la mayoría de los hospitales públicos, los pacientes son dejados de lado en la emergencia. La familia no puede entrar, la familia es maltratada por parte de médicos y enfermeras, por la propia enfermería y los guardias de seguridad. (...)” (E3).

Subcategoría 3.6 - Buscando el sentido del trabajo

El profesional se da cuenta de que su trabajo es muy digno, por estar haciendo un bien, algo bueno que puede salvar vidas. Se considera importante en este proceso porque puede posibilitar al donante un final digno y a la familia más información y atención.

“... entonces, lo que me deja tranquila es saber que estoy haciendo mi trabajo de la mejor forma posible, y sin entrar en la paranoia de solamente trabajar con muerte. Es bien sabido que, en primer lugar, estoy trabajando con seres humanos y como creo que el espíritu ya no está más allí, y que estoy cuidando más de la familia que del propio cuerpo de aquel paciente, entonces eso es lo que me alivia. Que si no me lo creo, que estoy haciendo el bien, que si está resultando todo muy bien es porque hay alguna cosa espiritual de Dios que está permitiendo todo eso, entonces, eso me da tranquilidad”(E9).

CONCLUSIONES

En este estudio es evidente que el proceso de donación de órganos es permeado por conflictos relacionados: la finitud, la representación del cuerpo, la relación entre el cuerpo y el espíritu del donante, el significado de persona y las incertidumbres que enfrenta la validez del proceso de donación y trasplantes. De este modo, la bioética se presenta como un camino que debe permitir desvelar los significados para una acción consciente, ya que la bioética tiene su base en una reflexión de los valores que se expresan en el quehacer humano, y propone que los profesionales resignifiquen conceptos y sentimientos al experimentar la pérdida de vidas humanas y el sufrimiento.

El trabajo también puso de manifiesto que estar con la familia del donante potencial es un gran escenario de conflictos experimentados por las enfermeras de captación de órganos y manifestaron que este es el momento más difícil y estresante de todo el proceso.

En ese instante, el profesional se encuentra en un dilema: respetar el dolor de la pérdida de los miembros de la familia o solicitar la donación de órganos, que considera que la solicitud de donación, en ese momento, puede ser agresivo para los familiares, generando incertidumbre acerca de la validez del proceso de donación.

Se considera que hay variables intrínsecas e extrínsecas al luto que determinan el tiempo y la intensidad de las fases del luto. Podemos preguntarnos si la propuesta de donación de órganos estaría interviniendo en el proceso de reorganización experimentada por quien está de luto. Así esta propuesta no sería legítima. La situación pone de relieve la necesidad de realizar estudios para investigar esta cuestión.

El donante de órganos es visto como un medio y no como un fin en sí mismo; el profesional le concede importancia porque congrega órganos y tejidos que serán viables para ser utilizados en otras personas. El donante no es una “persona” por su condición de muerto, pero los profesionales en ningún momento se refieren a él como un muerto, cadáver o

“cosa”. Quizás es porque el cuerpo no representa la finitud del ser y, sí, congrega las dimensiones ontológicas de persona. El profesional cuida de una “persona” que tiene las funciones fisiológicas preservadas vivas y los familiares dan al muerto el estatus de vivo, lo que dificulta entender al donante como un cadáver.

Por lo tanto, no se cuida propiamente del cadáver, sino de los órganos que se desea usar, alojados dentro del cuerpo; los órganos siguen viviendo y deben vivir en el receptor.

El profesional afirma que cuida del donante como si no estuviese muerto indicando un comportamiento de negación de la muerte. Varios estudios refuerzan ese comportamiento por parte de los profesionales ante la muerte de otro. Se concluyó que el trabajo con la muerte y el morir no inmuniza al profesional del sentimiento de pesar. Es evidente que no hay neutralidad en el cuidar, incluso frente al muerto; el cuerpo representa una serie de significados para los profesionales y, por tanto, puede haber enlaces.

Se constató que los señales no verbales, paraverbales y cinéticas observadas durante la entrevista completan y reafirman el discurso de las enfermeras. Se puede inferir que los denominados “fríos” en el contacto con los miembros de la familia, están protegiéndose contra sus sentimientos de reciprocidad para con la familia y, por tanto, no se permite expresar los sentimientos de vulnerabilidad, como ya se evidenció en la subcategoría “Intentado preservarse”.

Los entrevistados apuntan situaciones que consideran deshumanizadas en los procesos de captación de órganos, que van desde observaciones en razón de la falta de estructura en la atención antes de hospitalizar al donante, la falta de condiciones para cuidar a éste o de agilizar el proceso de donación, exposición del donante a los medios de comunicación, la falta de consciencia por parte de los profesionales para mantener la condición clínica de la persona en muerte encefálica, para convertirse en un donante potencial, hasta la falta de estandarización en el trabajo. Estas percepciones del proceso de donación, sumada a los contradictorios significados que atribuyen a la muerte y a la donación, hacen que se manifieste contra la donación. Así pues, a las razones que determinan la opción de no donación, se opusieron otros estudios nacionales, ya que el profesional no está contra la donación por el hecho de tener dudas con relación a la muerte encefálica o la posibilidad de tráfico de órganos.

Frente al escenario de conflictos, dilemas y contradicciones, el profesional busca significados en su quehacer, atribuyendo un significado de dignidad a su trabajo.

CONSIDERACIONES FINALES

Al analizar el conjunto de los discursos, los entrevistados expusieron un grado considerable de ansiedad, tristeza y angustia, poniendo de relieve la necesidad de atención. Debido a los conflictos existenciales y a los dilemas morales vivenciados en los procesos de donación de órganos, existe la urgencia de prestar un servicio de apoyo psicológico individualizado. El profesional necesita momentos de intercambio de experiencias, momentos de retroalimentación de sus acciones y reacciones o la atención psicológica para mantener su salud mental.

Se destaca la importancia del profesional de expresar su deseo de tener un apoyo psicológico, dado que el éxito del tratamiento dependerá de la disposición interna y externa al sujeto, al querer resignificar valores y creencias.

A pesar de considerar el largo tiempo para capacitar a un profesional en captación de órganos, es esencial pensar en la posibilidad de que estos profesionales muden de sector, en razón del alto grado de conflictos vivenciados en el proceso. Cuanto mayor es el tiempo de trabajo en el sector de captación, mayor es el nivel de estrés. De esta forma, en la tentativa de preservar la salud mental y física al desempeñar actividades insalubres, el profesional de captación tendría una oportunidad de trabajar en otro sector después de dos o tres años; regresando después de un tiempo. Para mantener la calidad del profesional en sus actividades de captación de órganos es fundamental que crea en el beneficio de la donación y aprenda a manejar el estrés de la vida cotidiana y pueda realizar sus actividades sin enfermarse.

REFERÊNCIAS

- ⁱ Diniz D, Guilhem D. O que é bioética. São Paulo: Brasiliense; 2002. (Coleção Primeiros Passos).
- ⁱⁱ SANTOS AL. DIREITOS E DÚVIDAS POSTOS PELAS DECISÕES DE TRATAR E DE NÃO TRATAR. IN: BEM DA PESSOA E BEM COMUM: UM DESAFIO À BIOÉTICA. CENTRO DE ESTUDO DE BIOÉTICA (C.E.B), GRÁFICA DE COIMBRA; 1998.
- ⁱⁱⁱ Campos HH. Aumento do número de transplantes e da doação de órgãos e tecidos: processo de construção coletiva. (on line). São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos; 2001. Disponível em: URL: http://ww.abto.org.br/profissionais/biblioteca/textos_transplante1.htm.
- ^{iv} Pace RA. Aspectos éticos de los transplantes de organos. Cuad Prog Reg Bioetica 1997; 4:149-170.
- ^v Brasil, Lei n. 9434 de 4 de Fevereiro 1997. Dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. [Publicado no Diário Oficial da União; 1997; Fev 5]. Disponível em: URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/legislacao.htm>.
- ^{vi} Santos MJ. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2004.
- ^{vii} Barchifontaine, CP. Bioética e início da vida: alguns desafios. Aparecida: São Paulo: Centro Universitário São Camilo. 2004. Cap. I e II.
- ^{viii} Durand G. Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos. São Paulo: Loyola; 2003.
- ^{ix} Lepargneur, H. Bioética, novo conceito a caminho do consenso. São Paulo: Edições Loyola. 1996. Cap. III, p. 35-52.
- ^x Ariès P. História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Alves; 1977.
- ^{xi} Parkes CM. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. Trad. de Maria Helena Franco Bromberg. São Paulo: Summus; 1998.
- ^{xii} Pincus L. A família e a morte: como enfrentar o luto. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1989.

-
- ^{xiii} Bromberg MHPF. A psicoterapia em situações de perdas e luto, São Paulo: Psy; 1998.
- ^{xiv} Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente; 1996.
- ^{xv} Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
- ^{xvi} Turato ER. Tratado de metodologia de pesquisa clínico-quantitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.
- ^{xvii} Spíndola T, Macedo MCS. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. Rev Bras Enferm 1994; abr/jun 47(2):108-117.
- ^{xviii} Fernandes MFP, Fujimori M, Koizumi MS. Estudo sobre as intervenções de enfermagem frente ao paciente em morte iminente. Rev Bras Enf 1984; maio/jun 37(2):102-108.
- ^{xix} Silva, ALL, Ruiz EM. Cuidar, morte e morrer: significações para profissionais de enfermagem. Rev Estudo de Psicologia 2003; jan/abr 20(1): 15-25.
- ^{xx} Hansel TD. Processo de re-significação ética do trabalho na unidade de terapia intensiva frente ao paciente e familiar potencial doador de órgãos. [dissertação]. Florianópolis: Escola de Enfermagem da Universidade de Santa Catarina; 2002.
- ^{xxi} Cheida MLC, Christófolli DAS. A equipe de enfermagem frente à problemática da assistência individualizada ao paciente terminal. Rev Bras Enf 1984; jul/dez 37(3/4):165-173.
- ^{xxii} Oguisso TE, Schmidt MJ. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. São Paulo: ETR; 1999.
- ^{xxiii} Pereira de Melo CCC. Vivência de enfermeiras diante da dor, sofrimento e morte no seu cotidiano de trabalho. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2000.
- ^{xxiv} Cantwell M, Clifford C. Enghih nursing and medical students`attitudes towards organ donation. J Adj Nurs 2000; oct 32(4): 961-968.
- ^{xxv} Bendassolli PF. Percepção do corpo, medo da morte, religião e doação de órgãos. Psicol Reflex Crit 2001; 14(1).

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia