

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE
ATENÇÃO AO PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

SAMANTHA PIRES OLIVEIRA FREITAS PEDROSA

**FAMILIARES DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA E
A RELAÇÃO COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM UMA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

UBERLÂNDIA – MG

2018

SAMANTHA PIRES OLIVEIRA FREITAS PEDROSA

**FAMILIARES DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA E
A RELAÇÃO COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM UMA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão da Residência. Pesquisa desenvolvida como requisito à obtenção do título de Psicóloga especialista em Atenção ao Paciente em Estado Crítico.

Orientadora: Ma. Layla Raquel Silva Gomes.

UBERLÂNDIA – MG

2018

SAMANTHA PIRES OLIVEIRA FREITAS PEDROSA

**FAMILIARES DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA E
A RELAÇÃO COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM UMA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado ao Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (Uni e Multiprofissional) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito à obtenção do título de Psicóloga especialista em Atenção ao Paciente em Estado Crítico.

Orientadora: Ma. Layla Raquel Silva Gomes

BANCA EXAMINADORA

Uberlândia, 19 de março de 2018

TITULARES:

Ma. Layla Raquel Silva Gomes

Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, HCU/UFU, MG.

Ma. Gizelle Mendes Borges Cunha

Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, HCU/UFU, MG.

Ma. Liliane Barbosa da Silva Passos

Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, HCU/UFU, MG.

SUPLENTE:

Mestranda Juliane de Melo Silva

Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, HCU/UFU, MG.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: Vínculo Paciente – Profissionais de Saúde – Família	23
---	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Eixos Temáticos e Categorias	16
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS

AVEH: Acidente Vascular Hemorrágico

CEP: Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos

CET: Centrais Estaduais de Transplantes

CFM: Conselho Federal de Medicina

CIHDOTT: Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante

DOU: Diário Oficial da União

FAF: Ferimento por Arma de Fogo

HCU: Hospital de Clínicas de Uberlândia

ME: Morte Encefálica

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	8
INTRODUÇÃO	9
METODOLOGIA	13
RESULTADOS.....	15
DISCUSSÃO.....	18
CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34
ANEXOS.....	39

RESUMO

A morte encefálica representa o estado clínico irreversível em que as funções cerebrais (telencéfalo e diencefalo) e do tronco encefálico estão irremediavelmente comprometidas. Embora muitas vezes seja evitado em nossa sociedade, o tema da morte e do morrer deve ser discutido multiprofissionalmente, visando uma atenção integral e humanizada ao paciente e familiares. A presente pesquisa buscou investigar, de forma retrospectiva, os sentidos atribuídos por familiares sobre a relação estabelecida com os profissionais da equipe multiprofissional de saúde no processo de verificação e diagnóstico de morte encefálica. A amostra foi composta a partir de familiares de 13 pacientes que obtiveram o diagnóstico no período pesquisado e internados na UTI Adulto, sendo realizadas entrevistas semiestruturadas e questionários autoaplicados. Ao serem submetidos à critérios de inclusão e exclusão, a presente pesquisa foi realizada com familiares de dois pacientes incluídos. Após realização das entrevistas e transcrições na íntegra, foi utilizada a metodologia de Análise do Discurso para categorização de eixos temáticos e análise dos dados, sendo divididos a partir de recortes discursivos em “antes”, “durante” e “depois”, tendo como referência a internação do familiar. Os resultados podem contribuir na compreensão e avanços da atuação multiprofissional e relação estabelecida com os familiares frente ao diagnóstico de Morte Encefálica. Conforme demonstra a literatura consultada, a presente pesquisa demonstrou a importância da relação estabelecida com a equipe multiprofissional, na forma pela qual o vínculo equipe-família e a comunicação contribuem com o enfrentamento, com a compreensão do diagnóstico, o processo de decisão sobre doação de órgãos e luto dos familiares.

PALAVRAS-CHAVE: Morte Encefálica; Luto; Psicologia; Atitude Frente à Morte; Equipe de Assistência ao Paciente;

ABSTRACT

Brain death represents the irreversible clinical state in which brain functions (telencephalon and diencephalon) and brainstem are irremediably impaired. Although often avoided in our society, the theme of death and dying should be discussed multiprofessionally, aiming at an integrate and humanized attention to the patient and family. The research aimed to investigate, retrospectively, the meanings attributed by family members on the relationship established with the professionals of the multiprofessional health team in the process of verification and diagnosis of brain death. The sample consisted of relatives of 13 patients who were diagnosed during the study period and admitted to the Adult ICU, with semi-structured interviews and self-administered questionnaires. When submitted to inclusion and exclusion criteria, the study was performed with relatives of two patients included. After conducting the interviews and transcriptions in full, the Discourse Analysis methodology was used to categorize the thematic axes and qualitative data analysis, being divided from discursive cuts in "before", "during" and "after", using as reference the hospitalization of the patient. The results aim to propose improvements and advances in the multiprofessional performance and established relationship with the relatives in front of the diagnosis of Brain Death. According to the literature consulted, it was based on the importance of the relationship established with the multiprofessional team, in the way in which the team-family bonding and the communication contribute with the coping, with the understanding of the diagnosis, the decision process on organ donation and mourning the relatives.

KEYWORDS: Brain Death; Bereavement; Psychology; Attitudes to Death; Patient Care Team;

INTRODUÇÃO

O tema da morte e do morrer tem característica multiprofissional, perpassando por diversos estudos biológicos, psicológicos, sociológicos, médicos, dentre outros, que buscam compreender como a mesma é vivenciada pelas diferentes culturas e contextos sociais. Abordar sobre a temática é muitas vezes evitado em nossa sociedade, seja pelo medo do desconhecido ou pela imprevisibilidade de sua trajetória, e embora a certeza seja convicta, a ideia de morte é evitada e deixada em estado de latência.

Falar sobre a morte e morrer faz-nos deparar com nossa própria finitude. Desta forma, ao evitar-se falar e pensar sobre morte, evita-se refletir sobre a finitude da existência humana. A morte é percebida como evento distante e futuro, como oposto à vida e não como parte desta. De acordo com Kübler-Ross (1996), morrer torna-se um ato solitário e individual à medida em que a pessoa é removida de seu ambiente familiar e levada às pressas para uma sala de emergência, pouco a pouco sendo tratada e vista como objeto. Buscando maior humanização no processo de morrer, trazendo o foco para os desejos e decisões dos pacientes, percebendo o papel dos familiares e de como a equipe de saúde pode contribuir nesse contexto.

A escolha do tema de pesquisa deu-se no contexto de atuação profissional no Programa de Residência em Área Profissional da Saúde realizado na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do HCU/UFU, no qual me permitiu acompanhar o caminho vivenciado por familiares durante a internação de um paciente: a possibilidade de abertura do protocolo de Morte Encefálica (ME) e as primeiras comunicações com a família sobre o desfecho possível; abertura do protocolo de ME e as dúvidas que surgem nesse contexto, a espera e angústia dos familiares diante da realização dos exames clínicos e complementares; além da confirmação do diagnóstico/óbito e as reações familiares após a notícia compartilhada pela equipe médica. Posteriormente à confirmação da morte encefálica e a comunicação da notícia aos familiares, uma nova equipe assume o caso para abordagem sobre a possibilidade de doação de órgãos, tecidos e demais orientações. Embora não me constituísse como parte da equipe de doação de órgãos, durante a realização do trabalho neste campo de prática foi possível acompanhar o processo de decisão dos familiares.

As primeiras definições de ME, de acordo com Morato (2009), surgiram com o desenvolvimento da ventilação mecânica em torno da década de 1950, que associada ao

suporte básico e avançado de vida, permitiu uma abordagem capaz de expandir os cuidados aos pacientes graves. Nesse contexto, foi possível observar que alguns pacientes apresentavam funções cerebrais (telencéfalo e diencefalo) e do tronco cerebral irremediavelmente comprometidas. Percebendo-se que o fenômeno ocorria especialmente devido ao suporte tecnológico e que os batimentos cardíacos cessavam após certo período, o conceito de morte foi modificado e ampliado para além da cessação das funções cardiopulmonares, ideia ainda enraizada no conceito de morte (MORATO, 2009).

O reconhecimento de morte através do diagnóstico de ME, por consequência, deve representar o término de todas as medidas técnicas e tecnológicas aplicadas, tendo em vista o reconhecimento de que não há vida e, portanto, reduzindo a distanásia, os gastos com recursos aplicados indevidamente e aumentando a possibilidade de doação de órgãos e tecidos. Desta forma, tem-se que o diagnóstico de ME e notificação são obrigatórios, sendo de competência das CET (Centrais Estatuais de Transplantes) receber as notificações de morte que enseje a retirada de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para transplantes, ocorridas em seu âmbito de atuação (BRASIL, 2017).

A verificação e o diagnóstico de morte encefálica possuem critérios estabelecidos pela comunidade científica mundial e foi inicialmente regulamentada no Brasil pela Resolução Nº 1.480 de 1997, do Conselho Federal de Medicina (CFM). Entretanto, em 15 de dezembro de 2017, foi publicado no Diário Oficial da União (DOU), a Resolução CFM Nº 2.173/2017, que atualiza os critérios para definição de morte encefálica.

Dentre os fundamentos éticos e legais da determinação de morte encefálica é importante mencionar a Lei Nº 9.434/1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, tratamento e dá outras providências; a Lei Nº 11.521/2007, que altera a lei anterior para permitir a retirada pelo Sistema Único de Saúde de órgãos e tecidos de doadores que se encontrem em instituições hospitalares não autorizadas a realizar transplante; o Decreto nº 9.175/2017, que regulamenta a mencionada Lei; e a Resolução CFM Nº 1.826/2007, que dispõe sobre o caráter ético e a legalidade da suspensão de procedimentos de suportes terapêuticos quando houver determinação de morte encefálica de indivíduo não-doador.

Contudo, a ME pode ser motivo de dúvidas e angústias a familiares devido ao minucioso processo de verificação, diagnóstico e posterior abordagem de doação de órgãos, que conforme apontado possui metodologia bem estabelecida e padronizada, critérios

clínicos, tecnológicos e condições para que seja possível a determinação precisa de ME. Estes familiares veem-se diante de um paradoxo sobre a definição de morte, resgatam a ideia principal sobre morte compartilhada pela maioria das pessoas, ligado à parada cardiorrespiratória. Nesse contexto, muitas vezes questionam-se “se meu familiar está realmente morto, por que seu coração ainda bate?”, uma ideia que, a princípio, pode trazer aos familiares uma aparente falta de nexo e lógica.

A presente pesquisa mostrou-se relevante ao possibilitar um espaço de escuta aos familiares sobre suas vivências durante a internação de um familiar em Unidade de Terapia Intensiva, os sentidos atribuídos à morte encefálica e como deu-se a relação e comunicação com a equipe multiprofissional nesse contexto. O espaço de escuta mostra-se relevante no sentido em que a própria entrevista realizada pela pesquisadora, mesmo que no contexto da pesquisa, é reconhecida como um instrumento importante para elaboração e possibilita a expressão de sentimentos, emoções e sentidos relacionados às vivências singulares. No contexto da relação entre paciente, familiares e equipe de saúde, a comunicação tem se apresentado como um aspecto fundamental, Barroso e Pires (2016) afirmam que cada vez mais os médicos têm se preocupado com os impactos que a comunicação da “má notícia” provoca em seu paciente e, conseqüentemente, na família. As autoras ressaltam que o termo “má notícia” é utilizado pela comunidade médica visando designar qualquer informação que altere drástica e definitivamente a perspectiva de vida de um paciente.

A comunicação de notícias, contudo, constitui-se como uma das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais (PEREIRA, 2005). De acordo com Buckman (1992), é comum que a equipe médica vivencie sentimentos de incapacidade e estranheza com relação à comunicação de más notícias, o que ocorre mesmo depois de vários anos de experiência. Estes sentimentos de incapacidade e a conseqüente dificuldade em comunicar más notícias podem ser causados pela forma como a sociedade atualmente percebe o adoecimento, em outros casos podem ser resultados da experiência empática conseqüente do desconforto do paciente e sua dor, podendo ser ainda conseqüência do próprio treinamento e experiência da equipe médica no que se refere à comunicação.

Ao mencionar o modo como a sociedade percebe o adoecimento, tem-se que “tanto a ‘má notícia’ como a própria doença carregam em seu bojo a marca imaginária da fatalidade” (BARROSO; PIRES, 2016, p. 48). Com isto, a forma como a família recebe e processa a notícia apresentará grandes impactos tanto no tratamento do paciente - quando é o caso,

quanto na qualidade de vida que o paciente e a família poderão estabelecer em momentos posteriores, mesmo que haja adoecimento, como ocorre em casos em que se faz necessária a desospitalização e continuidade na assistência através de atendimentos domiciliares, dentre outros casos em que o adoecimento se mantém.

Conforme apresentado por Pereira (2005), é de grande importância o desenvolvimento de habilidades comunicacionais nos profissionais de saúde que permitam desencadear relações interpessoais com qualidade. As relações interpessoais são parte do cotidiano da equipe multiprofissional de saúde e é necessário considerar que nesse contexto existem pessoas com valores, crenças e histórias diversas. Entende-se, contudo, que a comunicação de notícias no contexto de morte encefálica possui especificidades que devem ser consideradas na relação entre equipe multiprofissional de saúde e familiares de pacientes com suspeita ou confirmação diagnóstica.

Ao acompanhar os casos de diagnóstico de ME, percebi os afetos que envolviam familiares, a equipe multiprofissional e o paciente no mencionado processo, bem como as dúvidas, a incerteza e especialmente a espera durante a realização dos exames para verificação do diagnóstico. Percebi que a espera trazia diversas angústias aos familiares, os sentimentos de esperança e desesperança, os temores que muitas vezes eram expressados à equipe médica e equipe multiprofissional, especialmente de psicologia.

Diante disso, afetada pela importância da relação estabelecida com a equipe multiprofissional, percebo que a forma como a mesma ocorre pode contribuir com o enfrentamento dos familiares e, além desta, reflito sobre a hipótese de contribuir também com a vivência do luto. As experiências possibilitadas pelo estágio neste campo de prática trazem consigo diversas reflexões: quais fatores contribuem com uma boa relação entre os familiares e a equipe? Como a postura da equipe multiprofissional e forma de comunicação com familiares podem contribuir com o enfrentamento destes? Como construir um vínculo favorável entre equipe e família? Quais são as intervenções possíveis do profissional psicólogo com os familiares no contexto?

Frente às reflexões apresentadas e considerando o caminho vivenciado pelos familiares e pelas equipes, a presente pesquisa teve como problema norteador: “quais os sentidos atribuídos por familiares sobre a relação com a equipe multiprofissional no processo de verificação e diagnóstico de Morte Encefálica?”.

Como hipótese têm-se que o modo como se estabelece a relação entre profissionais da equipe multiprofissional de saúde e familiares, no contexto de internação hospitalar (incluindo a verificação, o diagnóstico de ME e a abordagem para doação de órgãos de um paciente), afetariam tanto a compreensão do diagnóstico, como o processo de decisão sobre doação de órgãos e, posteriormente, o luto dos mesmos, podendo este ser um luto saudável ou patológico.

Ao se propor a escutar de forma cuidadosa os familiares de pacientes com Morte Encefálica, a presente pesquisa teve como objetivo investigar, de forma retrospectiva, os sentidos atribuídos por familiares sobre a relação estabelecida com os profissionais de uma equipe multiprofissional de saúde no processo de verificação e diagnóstico de Morte Encefálica, buscando propor melhorias e avanços na atuação multiprofissional e relações interpessoais.

METODOLOGIA

Para constituição da amostra e posterior contato prévio com familiares de pacientes que obtiveram diagnóstico/óbito de ME, foi inicialmente realizado um levantamento no Setor de Estatística e Informações Hospitalares do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU/UFU). Além de informações disponibilizadas pelo Setor de Estatísticas e Informações Hospitalares, a presente pesquisa contou com informações retiradas do Arquivo de Prontuários e registros do Setor de Psicologia (HCU/UFU).

Para a execução da presente pesquisa foi realizado inicialmente um contato prévio por telefone, para agendamento de encontro presencial, com familiares de pacientes que obtiveram o diagnóstico/óbito de Morte Encefálica no período de 01 de julho de 2016 a 31 de dezembro de 2016 e estiveram internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UTI Adulto). Tendo em vista o tempo para a submissão e posterior aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP/UFU), o período de seis meses foi escolhido e respeitado como um tempo mínimo entre a data do óbito e a realização das entrevistas.

Considerando que a pesquisa contou com a retirada de dados *à posteriori* do Setor de Estatística, Arquivos de Prontuários e demais registros do setor de Psicologia, bem como o aceite de participantes para colaboração e participação da pesquisa, não foi possível garantir *à*

priori o número de indivíduos abordados pessoalmente ou que sofreria algum tipo de intervenção durante a realização da presente pesquisa.

O total de participantes seria retirado a partir dos dados de 13 pacientes que obtiveram diagnóstico de Morte Encefálica no período pesquisado e internados na UTI Adulto, bem como posterior contato, a pesquisa contou com o número máximo de 13 participantes, submetidos à critérios de inclusão e exclusão.

Como critérios de inclusão dos participantes da pesquisa tem-se: familiares que estiveram presentes na Unidade de Terapia Intensiva - Adulto (HCU/UFU) durante o processo de verificação e diagnóstico de ME do paciente adulto (maior de 18 anos); pessoas maiores de 18 anos; pessoas concordantes com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); pessoas sem impedimentos para comparecer ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia durante o período de coleta de dados ou que concordassem em receber a pesquisadora em domicílio; e residir em Uberlândia (Minas Gerais). Sendo excluídos participantes que não estiveram presentes na Unidade de Terapia Intensiva (HCU/UFU) durante o processo de verificação e diagnóstico de Morte Encefálica do familiar; pessoas menores de 18 anos; pessoas discordantes em participar da entrevista e do encontro presencial após contato inicial por telefone; pessoas discordantes com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); e o não comparecimento às entrevistas agendadas após 3 tentativas.

Após incluídos os participantes, foi agendado um horário com os familiares para comparecimento presencial no Hospital de Clínicas de Uberlândia ou em domicílio, os participantes da pesquisa foram contatados inicialmente por uma das pesquisadoras com auxílio da psicóloga responsável pelo setor de Unidade de Terapia Intensiva (Adulto). Esse contato foi feito previamente, onde foram explicitados os objetivos da pesquisa, o seu desenvolvimento, bem como sua relevância. Nos casos em que houve interesse em participar da pesquisa, após a explicação e informações necessárias, foi agendado um momento de entrevista junto aos familiares.

A presente pesquisa é desenvolvida sob o método qualitativo, tendo como técnica de coleta de dados entrevistas semiestruturadas e o preenchimento de um questionário autoaplicado (em anexo). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas visando abordar vivências de familiares no processo de internação hospitalar, verificação e diagnóstico de ME. Dentre as vivências mencionadas, destaca-se os seguintes elementos: a relação entre os profissionais de saúde e os familiares; a comunicação de notícias difíceis e os sentidos dos

familiares sobre estas; a compreensão sobre o diagnóstico de ME; além dos sentidos sobre o papel do profissional de psicologia neste contexto. A escolha da técnica de coleta de dados deu-se devido à característica dos objetivos da pesquisa, tendo em vista que os sentidos e vivências de familiares sobre a relação estabelecida com a equipe multiprofissional de saúde constituem-se como experiências subjetivas, sendo melhor acessadas pela técnica proposta, visando posterior categorização e análise.

As entrevistas foram realizadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU/UFU) ou em domicílio dos participantes, conforme decisão e escolha do próprio participante. Neste momento, os familiares interessados em participar foram novamente informados e esclarecidos pela profissional responsável pela execução da pesquisa, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)¹. A presente pesquisa contou com aprovação em Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP), através do parecer 2.318.480/2017. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise.

RESULTADOS

De acordo com os dados obtidos pelo Setor de Estatística e Informações Hospitalares do HCU/UFU, houve um total de 19 pacientes que obtiveram diagnóstico de ME no período de 01 de janeiro de 2016 a 30 de junho de 2016. No período subsequente, de 01 de julho de 2016 a 31 de dezembro de 2016, houve um total de 16 pacientes apresentando o referido diagnóstico, totalizando 35 pacientes no ano de 2016.

Conforme mencionado, a presente pesquisa buscou um contato prévio com familiares de pacientes que estiveram internados na UTI Adulto do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – HCU/UFU e obtiveram o diagnóstico/óbito de Morte Encefálica no período de 01 de julho de 2016 a 31 de dezembro de 2016. Do total de 16 pacientes, tem-se que o número de 13 pacientes apresentou a características supracitadas, sendo que 3 pacientes se encontravam em outros setores do hospital no momento do diagnóstico de ME.

Ao serem submetidos à critérios de inclusão e exclusão, tem-se que 7 pacientes foram excluídos do estudo por não residirem em Uberlândia (Minas Gerais); 2 pacientes embora

¹ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em anexo.

residissem, não haviam familiares em Uberlândia (Minas Gerais); dos 4 pacientes previamente incluídos no estudo, não foi possível estabelecer um encontro presencial com familiares de 2 pacientes para explicação sobre a pesquisa. Sendo assim, a presente pesquisa foi realizada com familiares dos outros 2 pacientes incluídos.

Após realização das entrevistas e transcrição na íntegra, foi utilizado a metodologia de análise do discurso para categorização de eixos temáticos e posterior análise dos dados. De acordo com Caregnato e Mutti (2006), o processo de análise discursiva tem a pretensão de interrogar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção, podendo ser verbais ou não verbais.

A análise do discurso possui diversas formas de abordagem, contudo Caregnato e Mutti (2006) apresentam a ideia de que o seu *corpus* é constituído por ideologia, história e linguagem. A ideologia, nesse sentido, corresponde ao posicionamento do sujeito quando incorpora determinado discurso, sendo o processo de constituição do imaginário que está no inconsciente; a história é entendida como a representação de um contexto sócio histórico; e a linguagem como a materialidade do texto, indicando possibilidades de sentidos ao que o sujeito pretende dar. Na análise do discurso, desta forma, “a linguagem vai além do texto, trazendo sentidos pré-construídos que são ecos da memória do dizer” (CAREGNATO; MUTTI, 2006, p. 681).

Assim, através da análise do discurso, a presente pesquisa não buscou analisar a forma e o conteúdo, mas buscou efeitos de sentido que se pode compreender mediante análise. Após leitura exaustiva do material transcrito das entrevistas, foram definidos eixos temáticos sobre os quais supõe o estabelecimento de recortes discursivos, conforme apresentado por Caregnato e Mutti (2006). O recorte resulta da teoria e é uma construção do analista, na análise do recorte se busca caracterizar as regularidades na formação discursiva, no paralelo com sentidos heterogêneos. Desta forma, os eixos temáticos e categorias foram classificados conforme tabela seguinte:

TABELA 1: Eixos Temáticos e Categorias

EIXOS TEMÁTICOS	ANTES	DURANTE	DEPOIS
CATEGORIAS	História/Relacionamento com o Paciente	Memórias relacionadas ao contato com o(a) paciente	Doação de Órgãos: Sentidos, fantasias e dificuldades
	Motivo da Internação	Memórias relacionadas à internação e ao contato com a equipe	Luto: Memória e Rede de Apoio
		Comunicação	Luto e Rede de Apoio
		Sentidos sobre Morte Encefálica	Acompanhamento Psicológico posterior ao óbito
		Acompanhamento Psicológico	

Conforme ilustrado na Tabela 1, os eixos temáticos foram classificados cronologicamente em Antes, Durante e Depois, tendo o momento da internação como referência. No eixo correspondente ao período “Antes da Internação”, os discursos das entrevistadas contemplaram principalmente a história familiar e do relacionamento com o paciente, bem como a história sobre o início da internação, motivos e acontecimentos que levaram ao adoecimento do mesmo.

O eixo temático correspondente ao período “Durante a Internação” abrangeu discursos sobre diferentes memórias deste momento, incluiu acontecimentos no Pronto Socorro e na UTI Adulto. Dentre estes, são ressaltadas memórias sobre o contato com o(a) paciente, a internação e o relacionamento com a equipe multiprofissional. A comunicação de notícias foi ampliada para o sentido de comunicação de forma geral, tendo em vista que os familiares entrevistados citaram não apenas a comunicação com a equipe médica durante o momento dos boletins e notícias sobre o quadro clínico, mas mencionaram a comunicação com a equipe multiprofissional como um todo. A categoria “sentidos sobre Morte Encefálica” abrange discursos referente às memórias sobre o processo de verificação, diagnóstico e compreensão de ME. O acompanhamento psicológico, por sua vez, corresponde aos sentidos dados por familiares sobre o contato com o profissional de psicologia durante a internação.

O eixo temático referente ao “Depois da Internação” corresponde principalmente ao contato com a equipe de Doação de Órgãos, a decisão, às vivências do Luto e ao

acompanhamento psicológico posterior. Com relação à Doação de Órgãos, os familiares apresentaram discursos sobre os sentidos, as fantasias envolvidas, as dificuldades enfrentadas durante o momento da decisão e o desejo de saber para quem os órgãos foram doados. Optou-se pela divisão do Luto em “Memória” e “Rede de Apoio”, devido à esta ter sido mencionada como um fator de grande importância no enfrentamento. A categoria “Luto e Memória” visa contemplar as demais vivências relacionadas ao luto.

Visando garantir o sigilo da identificação dos pacientes e preservar a identidade das pessoas entrevistadas, alguns dados referentes ao questionário autoaplicado serão aqui omitidos, além disso os dados das entrevistas serão apresentados e discutidos tendo como referência a primeira entrevista (E1) e a segunda entrevista (E2). Ambas as pessoas entrevistadas são do gênero feminino, média de idade 42 anos, nível sócio econômico baixo, o vínculo com o paciente que obteve diagnóstico de Morte Encefálica foi de filha com relação à primeira entrevistada (E1) e de mãe com relação à segunda entrevistada (E2).

Os elementos de linguagem e sentidos encontrados nos recortes de falas após análise discursiva foram discutidos a partir do referencial teórico da psicanálise e referenciais teóricos de pesquisas desenvolvidas na área de Ciências da Saúde.

DISCUSSÃO

O sujeito que se apresenta à nós durante sua internação na Unidade de Terapia Intensiva pressupõe uma história, um contexto de vida e vivências singulares. No contexto hospitalar nos deparamos com um recorte de vida, sendo fundamental que, como profissionais da saúde, busquemos orientar nossa prática pelo princípio da integralidade, evitando reducionismos. Conforme discutido por Mattos (2001), superar os reducionismos é a recusa em aceitar um recorte do problema que o reduza a uma ou algumas de suas dimensões, sem considerar as demais. É a recusa em reduzir o recorte da vida ao problema e desconsiderar o argumento de que os sujeitos envolvidos na saúde têm histórias de vida, sonhos, desejos e aspirações. Assim, as necessidades que nos apresentam não se reduzem àquelas apreensíveis por uma única disciplina.

Santos (2009) apresenta a ideia do conhecimento emancipatório, onde a distinção entre sujeito e objeto é um ponto de partida e não um ponto de chegada, ressalta sobre a “incapacidade de estabelecer uma relação com o outro a não ser transformando-o em objeto”

(p. 83). Recentemente Eliane Brum (2017) expôs em sua coluna denominada “Morrendo como Objeto” a importância de se respeitar a vida, sendo que só há o respeito quando existe o reconhecimento da existência de um sujeito e que no momento em que o corpo se torna objeto, o sujeito é sujeitado.

Desta forma, refletir acerca dos sentidos atribuídos pelos familiares entrevistados sobre a relação com a equipe multiprofissional durante a internação dos pacientes, traz consigo discussões que perpassam não apenas o processo de verificação e diagnóstico de morte encefálica, mas as amplia, considerando as experiências anteriores e as experiências posteriores à internação. As experiências anteriores são ressaltadas no eixo temático “Antes”, englobando as categorias de história e relacionamento com o paciente, bem como o motivo da internação. Considerando as duas pessoas entrevistadas, tem-se como referência dois pacientes e duas histórias de vida, como pode ser observado nas falas:

“Minha mãe era uma pessoa muito ativa. Quando eu falo de uma pessoa ativa, é porque ela cuidava de muita gente, cuidava de todo mundo, cuidava do meu vô, da minha vô. Meu filho também tinha três anos, ela me ajudava. [...] Ela era minha melhor amiga, era muito amiga da minha irmã, cuidava da minha irmã. Todos os meus primos tinham ela como mãe. A primeira pessoa que a gente procurava era sempre ela. Tudo o que qualquer um precisasse, recorria a ela.” [E1].

“Vou contar a história do meu filho, foi difícil... Ele se envolveu com drogas, ficou preso a primeira vez foram quatro meses. Era assim, era muito... muito... como eu posso dizer... Era turbulenta, porque a gente queria o melhor. [...] Ele gostava demais de bola. Ai depois que começou a usar droga, ele largou tudo.” [E2]

Os recortes das falas expressam recortes de vida, por um lado tem-se a história de uma pessoa idosa, a qual apresentava um histórico de saúde com doenças crônicas, com o diagnóstico de Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVEh). Por outro lado, tem-se a história de um jovem vítima de Ferimento por Arma de Fogo (FAF).

Nos interrogamos de que maneira a história pré-hospitalar afeta a experiência de internação do paciente que evolui para o diagnóstico de ME. Elementos como a idade do

paciente, a causa de internação, os vínculos com os familiares ouvidos poderiam dar indicativos para o processo de acolhimento, comunicação e seus respectivos resultados? Nas histórias ouvidas, observamos que a prática profissional se apresenta por meio desta amostra, onde independente da idade, causa de internação e vínculo familiar, os familiares apresentam intenso sofrimento na admissão, com conseqüente dificuldade de assimilar informações, que, entretanto, se estabelecido o vínculo com a equipe de saúde, em ambas podem resultar em um processo cuidadoso que favorece o processo de luto.

Destacamos, entretanto, que são muitas variáveis que estão colocadas em questão e que em se tratando de um campo permeado pela subjetividade, não é possível estabelecer generalizações. De modo que, o que ficou evidente em relação à história prévia é o que ela pode despertar na equipe enquanto elementos contratransferenciais e as conseqüências desta influencia no cuidado e comunicação direcionado ao paciente e família.

É a partir desse recorte que os sujeitos inicialmente se apresentam a nós durante sua internação hospitalar, o que pode suscitar nos profissionais de saúde diferentes sentimentos, sensações e pensamentos. Embora o conceito de contratransferência tenha sido pouco abordado por Freud ao longo de sua obra, o mesmo apresenta a ideia de que “tornamo-nos conscientes da "contratransferência", que, nele [*no médico*], surge como resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes (FREUD, 1910/2006, p. 150, grifos nossos).

Ao abordar sobre a contratransferência em profissionais de saúde que lidam com pacientes em diferentes contextos, por exemplo, Botega (2015) expressa principalmente duas reações possíveis nesse contexto: o afastamento aversivo ou a proximidade afetiva exagerada. A primeira impede a sintonia empática, se apresenta como uma dissonância afetiva e traz a conseqüente desconexão entre os profissionais de saúde e o paciente, no caso do presente trabalho estendendo-se à família. A segunda, por sua vez, constitui-se como uma reação passível de ser tornar paralisante e conduzir à erros, sendo importante que os profissionais estejam atentos para não se impregnarem por um sentimento de impotência ou desesperança.

Desta forma, diante da urgência e da necessidade de realizar intervenções rápidas e efetivas no contexto hospitalar, é importante que exista a constante reflexão sobre onde nos encontramos ao longo do *continuum* que pode ir da postura de afastamento aversivo à postura de proximidade afetiva exagerada, perpassando por outras diversas posturas e atitudes, as quais podem ser atravessadas por julgamentos, emoções e demais resultados da contratransferência vivenciada por profissionais no contexto da saúde.

Lopes et. al. (2008) expõe, então, que o processo de cuidar visa criar laços de confiança e vínculo, respeitando a singularidade, a manifestação da vontade, dos desejos, dos sentimentos, das crenças, das opções e dos projetos de vida de cada indivíduo. No contexto do cuidar, os profissionais de saúde precisam buscar formas de lidar com o impasse de ter, ao mesmo tempo, que estabelecer de vínculos afetivos com os seus pacientes, ter certo distanciamento afetivo que lhes permita cumprir a sua função e, concomitante a isso, se proteger (INCA, 2010).

Corroborando com esta ideia, o eixo temático “Durante” traz memórias de vivências relacionadas ao contato com o paciente, à internação e relacionamento com a equipe multiprofissional.

Os discursos dos familiares nesse contexto nos despertam diversos questionamentos: como é possível construir de imediato um vínculo que favoreça a relação no tempo rápido da urgência e emergência? Como esse vínculo pode possibilitar uma melhor comunicação e, conseqüentemente, melhor compreensão sobre o processo de verificação e diagnóstico de ME? Como se dá a relação entre a compreensão, a doação de órgãos e o luto? Uma das entrevistadas expressa memórias relacionadas ao contato com a equipe, como pode ser observado em seu discurso:

“Mas eu pensei foi no meu filho, o neto dela [3 anos], eu perguntei pra ela [médica] ‘como que eu faço com meu filho, doutora? Como eu falo isso pra ele?’. [Se emociona] e ela ficou parada ali me olhando... Nem todos os médicos são como outros, né? Ela me olhou com uma cara horrível, quase querendo dizer ‘o que eu tenho a ver com isso?’... Não foi igual a doutora da UTI, ela me passou a notícia diferente [...]. Mas essa não, ela me disse que não sabia nem quem era a criança. E eu só sabia dizer [chorando] ‘o que eu faço com o meu filho? E agora? Como eu falo que a vovó não vai voltar?’. E ela só soube dizer ‘ela vai subir para a UTI’.” [E1].

Ao considerar a fala da entrevistada, é possível discutir sobre a importância do vínculo a partir de dois ângulos: o vínculo familiar, no recorte em questão sendo representado por pelo vínculo existente na relação do neto com a paciente, da filha com a paciente e na relação filha-neto; e o vínculo entre a família e os profissionais de saúde.

Zimerman (2010) discute o termo “vínculo” e afirma que o mesmo pode ser expresso através de distintos modelos e com diversos vértices de abordagem. A discussão aprofundada sobre o mencionado termo ultrapassa os objetivos do presente trabalho, sendo aqui apresentada a noção de vínculo entre profissionais de saúde e família a partir da conceituação proposta em Brasil (2010), a qual afirma que a instituição de saúde possibilita o encontro e a aproximação entre usuário e profissional de saúde através do “ficar em frente ao outro”, situação que permite o encontro de um e outro sendo sujeitos, com suas intenções, interpretações, razões, necessidades e sentimentos, mas também pressupondo uma situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes. Nesse encontro, o vínculo se constitui como um “processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos” (BRASIL, 2010, p. 70).

Ao comparar as atitudes de dois profissionais distintos, a entrevistada expressa a ideia de dois vínculos diferentes, ressaltando que tais vínculos foram formados através do encontro, da relação e da comunicação. A diferença entre vínculos pode ser observada através das falas apresentadas após ser questionada sobre o que poderia ter sido diferente durante a internação hospitalar do paciente:

“Com a equipe da UTI nada [poderia ter sido diferente], só com aquela do Pronto Socorro. Deveria ter comunicado melhor.” [E1].

“A médica de cima [da UTI], e até o médico também... [...] Mas eles colocaram de outro jeito. Eles falaram “olha, ela não está bem, ela sofreu isso, isso e isso, vamos fazer alguns exames e vamos fazer isso, isso e isso”. Eles falavam com certeza, não falavam de suspeita e não falavam daquele jeito.” [E1].

Nos recortes apresentados a entrevistada ressalta a importância da comunicação no contexto hospitalar, sobre este aspecto, Silva (2002) afirma que a comunicação é o meio pelo qual descobrimo-nos, estabelecemos vínculos, contato e relação com as demais pessoas, além de emitir, transmitir e capturar mensagens. Assim, uma comunicação eficaz, sendo esta verbal ou não verbal, possibilita um bom encontro e, conseqüentemente, a constituição de vínculos de confiança e respeito. Tais vínculos podem favorecer ainda mais a comunicação e, por sua vez, a compreensão dos familiares sobre o quadro clínico e boletim médico, o que pode ser observado através da fala:

“Eu acho que sim, que o jeito que ela morreu é assim: acho que poucas pessoas têm esse privilégio. Porque foi de repente, foi igual a médica disse, ela não sofreu hora nenhuma. Ela sentiu uma dor de cabeça forte durante alguns minutinhos e pronto! Tanta gente que fica na cama e fica sofrendo. Ela morreu de uma vez, não sofreu.” [E1].

Santos et. al. (2012) apresentam uma discussão sobre comunicação de más notícias e dilemas éticos frente à situação de Morte Encefálica, afirmando que apesar de ser uma tarefa difícil, a comunicação deve preceder a solicitação de órgãos e tecidos para transplante, quando se trata de um potencial doador. A importância da comunicação é destacada tendo como referência que a transparência do processo ocorre quando a família é devidamente informada e esclarecida sobre a condição clínica e gravidade do paciente, considerando que a falta de esclarecimento pode gerar situações de angústia, dor e desespero.

Conforme mencionado anteriormente, tem-se aqui o vínculo a partir de dois ângulos. Por um lado, a relação entre família e profissionais de saúde, permeada por diferentes vínculos, pela comunicação e outros atravessamentos próprios da singularidade de cada internação hospitalar. Por outro lado, tem-se a relação entre os próprios familiares, com suas experiências e vínculos agora mediados pela instituição de saúde.

Com relação ao segundo, Ismael (2010) afirma que quando o paciente é encaminhado a uma Unidade de Terapia Intensiva, há uma ruptura destes vínculos, o que pode gerar maior descontrole emocional e abalo na unidade familiar. Sendo ainda percebida por muitas pessoas como um “local para morrer”, a impessoalidade do ambiente de UTI e os aparatos tecnológicos que a envolvem, podem trazer a dificuldade para a família estar junto com o paciente. Essa ruptura do vínculo, conforme discutida pela autora, aumenta o sentimento de impotência, sendo geradora de angústias e ansiedade.

Desta forma, apesar do vínculo ter sido fragmentado para a discussão, é importante que seja percebido de forma cíclica, com as partes interconectadas, conforme figura 1:

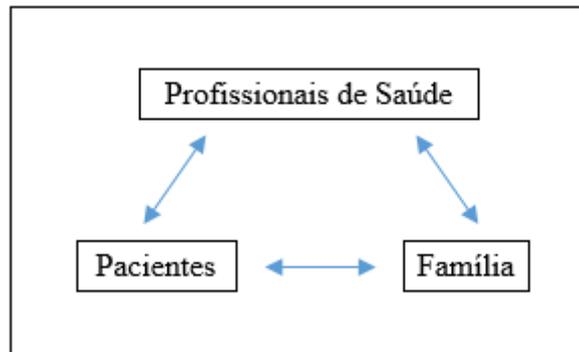


FIGURA 1: Vínculo Paciente – Profissionais de Saúde - Família

A categoria denominada “Memórias relacionadas à internação e ao contato com a equipe” engloba recortes de falas que possibilitam reflexões para além da comunicação de notícias aos familiares, mas ampliam a importância da humanização no atendimento e relação com os demais profissionais de saúde. Leite e Vila (2005), identificaram a dificuldade de lidar com a família dentre as dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional que atua na Unidade de Terapia Intensiva. Os relatos sobre os profissionais de saúde envolvidos no estudo revelam duas ações importantes em suas relações com a família, destaca-se o fornecimento de informações adequadas e condizentes com o entendimento dos familiares, bem como a necessária preparação para que os familiares possam entrar na UTI e ver o paciente em condições de invasão corpórea, exigida no contexto de sua internação.

Assim, embora exista certa ruptura na relação dos familiares com o paciente em situação de internação em UTI, a equipe multiprofissional pode possibilitar a (re) aproximação dos vínculos familiares e, com isto, favorecer o desenvolvimento de laços de confiança e fortalecer o vínculo entre equipe e família. Os discursos das entrevistas ressaltam memórias que corroboram com a discussão:

“Nós viemos no horário de visita e a enfermeira falou assim pra mim ‘você traz o sabonete dele, um sabonete líquido, uma lâmina de barbear, pra gente dar um banho nele’. Parece que estava adivinhando.” [E2].

“Aí eu peguei e falei assim pra ela, até tinha falado pro meu marido ‘nossa, se pudesse trazer um alicatinho pra tirar esses courinho, esses trem, né?’, meu marido falou assim ‘não, não vai mexer com isso

não’. Mas aí eu falei pra ela [enfermeira] ‘escuta, se eu trazer um creme pra você passar nos pés dele pra mim, você passa?’. [...] Aí no outro dia que a gente veio ele estava limpinho.” [E2]. “Nossa, eu achei lindo, lindo, lindo. Os pés dele, sabe? Ele estava sendo cuidado.” [E2].

“Até assim, eu comecei a passar muito mal lá dentro, comecei a chorar, aí veio uma moça, pôs uma cadeira lá pra mim sentar. Aí veio a assistente social também, e conversou comigo. Então, no momento ali, foi muito bom, entendeu? Foi bom... Me atendeu muito bem.” [E2].

Brunello et. al. (2010) afirmam que o vínculo, enquanto pautado em relações de confiança, demanda um longo tempo e não se estabelece de forma imediata. No contexto das UTI’s, entende-se que o “longo tempo” não é comumente parte da rotina, seja pela velocidade dos acontecimentos e evolução clínica, ou pelo restrito horário de visitas, momento no qual os familiares têm maior contato com os pacientes e equipe multiprofissional de saúde, como mencionado pela entrevistada:

“Você vinha aqui só no horário de visita, era rápido, aí passava um pouquinho e já acabava seu horário de visita [...]. No dia que eles ligaram a gente veio. Mas era só no horário de visitas.” [E2].

Desde a admissão de um paciente na UTI, comumente são necessárias rápidas intervenções, considerando o alto risco de instabilidade de um ou mais sistemas fisiológicos e os possíveis riscos à saúde, o que demanda um fazer tecnológico imediato e dificulta o contato inicial com familiares (SILVEIRA ET. AL., 2005). Considerando a pesquisa realizada em 2016, referente aos prontuários dos seis pacientes inicialmente elegíveis para a pesquisa, conforme critério de inclusão (residir em Uberlândia – MG), o tempo médio de internação foi de 10 dias a partir da admissão no hospital, 9 dias a partir da admissão na UTI e o tempo médio entre abertura do protocolo de ME e conclusão do protocolo (data do óbito) foi de 3 dias. Contudo, apesar de muitas vezes não possibilitar um “longo tempo”, o vínculo na UTI pode ser possibilitado e fortalecido por posturas de profissionais, pelo acolhimento, escuta e interação que, conforme apresentado por Silveira et. al. (2005), deve ocorrer desde o

momento da internação do familiar doente, ao proporcionar-lhes atenção, oportunidade de dialogar e esclarecer dúvidas.

O vínculo formado entre equipe e família, desta forma, fortalece a credibilidade. Bousso (2006) discute que “a credibilidade na equipe de saúde constitui condição determinante no grau de incerteza da família” (p. 49), sendo que as interações significativas nas quais é possível estabelecer um vínculo de confiança com os profissionais de saúde são responsáveis pela diminuição do grau de incerteza e compreensão sobre morte encefálica e doação de órgãos. Outras pesquisas corroboram com a ideia de que familiares apresentam dificuldades de compreensão do diagnóstico de morte encefálica ao serem comunicados, o que pode estar relacionado com os sentidos anteriores dos familiares sobre morte encefálica e a comunicação inadequada da equipe (CINQUE; BIANCHI, 2010; DELL AGNOLLO ET. AL., 2009; POWELL, T., 2014).

A categoria “Acompanhamento Psicológico” busca enfatizar a importância do acompanhamento psicológico no processo de verificação e diagnóstico de morte encefálica. A partir de uma pesquisa bibliográfica realizada por Torres e Lage (2013) constatou-se uma restrita literatura sobre intervenções psicológicas aos familiares no contexto de ME, percebeu-se uma ênfase às fases de diagnóstico de ME e abordagem para doação de órgãos. No trabalho em questão foi ressaltada a importância do acompanhamento psicológico aos familiares durante todo o processo e mencionada a relevância das fases iniciais (de notícia do quadro clínico e início da verificação de ME) para a preparação das fases posteriores (TORRES; LAGE, 2013). Ou seja, considera-se relevante não apenas a notícia do diagnóstico de ME (óbito), mas todo o processo vivenciado. Os discursos das entrevistadas vão ao encontro da discussão ao expressarem a importância do acompanhamento psicológico durante as vivências:

“Ah... Achei demais, foi bom demais! Porque mesmo a gente tendo a fé, a gente precisa do acompanhamento de alguém, alguém pra ajudar a gente a pensar... E é o que o psicólogo faz, não é coisa de doido não! Ajuda a gente a pensar... Eu não pensava em nada... Ajuda você a conversar, instiga a gente a pensar, a conversar... Eu tô falando com você aqui agora e tô pensando...” [E1].

“Acho muito importante [o acompanhamento psicológico], no hospital ninguém quer saber sobre o outro...” [E1].

Considerando a importância de todo o caminho percorrido entre a admissão e alta hospitalar, o eixo “Depois” traz contribuições com relação aos sentidos, fantasias e dificuldades no que tange à doação de órgãos, as vivências de luto posteriores ao diagnóstico de ME em familiares e o acompanhamento psicológico posterior ao óbito.

Conforme os dados obtidos através do Registro Brasileiro de Transplantes (ABTO, 2017), com estatísticas de janeiro a setembro de 2017, têm-se que a ausência de autorização familiar para doação de órgãos correspondeu a 42% (2057 recusas) do número de notificações realizadas no Brasil, com um número total de 7981 notificações. Dentre os casos em que não foi possível realizar doação, 15% foram afastados devido a alguma contraindicação médica. Com relação à pesquisa realizada em 2016, em prontuários dos seis pacientes inicialmente elegíveis para a pesquisa, conforme critério de inclusão (residir em Uberlândia – MG), tem-se que familiares de quatro pacientes foram favoráveis à doação de órgãos, familiares de um paciente expressaram recusa e um paciente não possuía critérios para ser classificado como potencial doador.

Ao discorrer sobre a crescente desproporção entre o número de pacientes em lista e o número de transplantes, as Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO, 2009) destacam alguns fatores limitantes à realização de transplantes. Dentre estes, a não notificação de pacientes com diagnóstico de ME aos órgãos reguladores, mesmo que a obrigatoriedade esteja prevista em lei; a falta de política de educação continuada aos profissionais de saúde quanto à temática e os desdobramentos decorrentes do desconhecimento do processo; bem como a mencionada recusa familiar.

A temática da doação de órgãos, em conjunto com as razões que motivam os familiares para o aceite ou a recusa, têm sido objeto de diversos estudos (CINQUE; BIANCHI, 2010; QUINTANA; ARPINI, 2009; MORAES; MASSAROLLO, 2009; SADALA, 2010; SCHIRMER; AGUIAR ROZA, 2008; SMINOFF ET AL. 2007). Em uma breve revisão da literatura no que tange às recusas familiares para a doação de órgãos, têm-se como destaque a comunicação da notícia de ME de forma intranquila e o desconhecimento do diagnóstico por parte das famílias, o que reflete insegurança e dúvidas frente à decisão de doar os órgãos.

De acordo com Moraes e Massarollo (2009) a falta de compreensão do diagnóstico de ME e a crença na reversão do quadro são fortes razões para a recusa em doar. Os autores discutem que a própria condição corporal, artificialmente mantida na UTI, quente, com a batida do coração, é contrária ao ideal geral de um cadáver, o que pode gerar fantasias não só para as famílias, como para alguns profissionais. Desta forma, apesar do conceito de ME enfrentar resistência por parte dos familiares, um obstáculo destacado são as resistências e posturas que podem apresentar os profissionais de saúde que assistem o potencial doador.

Dentre outros motivos mencionados como motivadores para a recusa de familiares, destaca-se a demora no processo de retirada de órgãos, que associada à falta de atenção desestimula o processo de doação (CINQUE; BIANCHI, 2010); as crenças religiosas; o medo da desfiguração e perda da integridade física, o que faz com que a família da pessoa falecida perceba a doação não como um procedimento cirúrgico, mas como uma mutilação; e os temores pelas reações de familiares discordantes com a doação (MORAES; MASSAROLLO, 2009); além do tabu da morte, a negação desta como parte da vida, que constituem-se como barreiras frente à possibilidade de conversar sobre o tema e aceitar a doação (QUINTANA; ARPINI, 2009).

Com relação às entrevistas realizadas, ambas as entrevistas relatam aceite da doação, uma delas menciona sobre as resistências familiares enfrentadas durante o processo, como é possível observar no recorte de fala:

“Ele [o marido] falou assim ‘[...]’, eu, se fosse por mim eu não fazia isso, porque vai demorar, uns dois dias pra receber, pra liberar o corpo. Olha o sofrimento, você já tá sofrendo esses dias todos, ainda mais saber que ele já faleceu, que ele já...’. Mas aí eu falei assim ‘não, mas eu vou doar’ e ele falou ‘então vê você e a S.’ – que é minha menina.” [E2].

Nas entrevistas realizadas o fator tempo é percebido de duas formas, ambas apresentando sentidos negativos pelos familiares. Por um lado, o tempo lento para a liberação do corpo, atribuído pelo familiar como “demorado”. Por outro lado, o tempo rápido para a abordagem da equipe responsável pelo processo de doação de órgãos, a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), após a notícia do diagnóstico de ME. O fato da abordagem para doação de órgãos ocorrer logo após a notícia do

óbito, apesar de ser compreensível pelos familiares, é atribuído como sendo “rápido”, como pode ser observado na fala:

“E foi a hora que entrou a outra equipe da CIHDOTT ‘vocês vão querer fazer doação de órgãos?’. Tinha que ser rápido... Eu sei... Mas minha irmã até fala que é como se falasse ‘matamos sua mãe, agora queremos os órgãos’. Nós concordamos, tinha que doar sim... Mas foi muito rápido.” [E1].

As entrevistas realizadas mostram o desejo dos familiares em conhecer ou ter notícias sobre os receptores, corroborando com resultados semelhantes desenvolvidos em pesquisas com o foco na doação de órgãos (SADALA, 2010; LEWINO ET. AL., 1996), o que pode ser percebido nos recortes das entrevistas:

“Eu queria saber pra quem foi... Pelo menos a córnea, eu queria muito saber para quem foi doado.” [E1].

“Foras doadas as córneas e rins... Eles tentaram o fígado também, mas não deu, acho que porque deram muitos medicamentos. Mas os dois rins e as córneas foram doadas. O ruim é que eles não contam pra quem foi...” [E2].

Embora na presente pesquisa as entrevistadas relatem o aceite na doação de órgãos, e mesmo que dados e estatísticas hospitalares evidenciem baixa recusa familiar, é fundamental que medidas sejam constantemente tomadas para que haja sensibilização de toda equipe multiprofissional sobre a relação estabelecida com a família no contexto de verificação, diagnóstico de ME e abordagem para doação de órgãos. Moraes & Massarollo (2009) ressaltam que, antes de implementar programas educacionais direcionados à população, é fundamental que sejam iniciados programas educacionais permanentes dirigidos à equipe multiprofissional, enfatizando as implicações devido à falta de conhecimento sobre o processo de doação e transplante.

Com relação às categorias que perpassam o luto, aqui denominadas como “Luto e Memória” e “Luto e Rede de Apoio”, é importante realizar um paralelo com o fator tempo mencionado anteriormente, quando a entrevistada relata perceber como “rápida” a abordagem para doação de órgãos após a notícia do óbito. Torres e Lage (2013) afirmam que, no contexto da notícia de óbito em caso de ME, a família muitas vezes é desprovida do direito de

vivenciar reações de luto diante da perda recém comunicada, devido à necessidade de realizar a tomada de decisão. O acompanhamento psicológico após o óbito faz-se importante no sentido em que possibilita um encontro dos familiares com a dor da perda, viabiliza a expressão do sofrimento, realizando acolhimento psicológico e intervenções psicológicas. Um dos recortes de fala representa os sentidos da entrevistada sobre a perda: *“Essa perda foi um desastre. Um desastre pra nós.” [E1]*.

Além do acompanhamento psicológico, a comunicação durante todo o processo mostra-se importante nesse momento, tendo em vista que as ressonâncias de uma má comunicação vão refletir no desconhecimento do diagnóstico por parte das famílias e, conseqüentemente, maior dificuldade no enfrentamento da perda. Desta forma, não somente no momento da abordagem para doação de órgãos, mas também nas fases anteriores de suspeita e diagnóstico de ME, falar abertamente sobre a morte e sobre o que os familiares estão vivenciando facilita a elaboração da perda e o enfrentamento da situação (TORRES; LAGE, 2013).

Freud (1914/1996), em seu ensaio “Luto e Melancolia” centra a discussão em torno da perda, seja de uma pessoa ou de um ideal, afirmando que algumas pessoas reagem com um quadro de melancolia. As características do luto e da melancolia são descritas como um profundo desânimo, perda do interesse pelo mundo externo, inibição de atividades em geral e a perda da capacidade de amar. A melancolia possui como características exclusivas a diminuição da autoestima, acompanhada de intensas autoacusações, podendo culminar numa expectativa delirante de punição.

O processo de luto, entretanto, se realiza através do teste de realidade, que ao revelar que o objeto não mais existe, exige que a libido se desprenda do objeto perdido. Uma a uma, as lembranças e expectativas pelas quais a libido se ligava ao objeto são focalizadas e superinvestidas, para que nelas seja realizado o desligamento da libido (FREUD, 1914/1996). As entrevistadas relatam histórias, experiências após a vivência do falecimento dos familiares, expressando as diferenças vivenciadas no trabalho de luto de cada uma em sua singularidade, como é possível observar nos recortes de falas:

“Mas eu acho que é isso, nós vivemos de formas diferentes, sentimos a perda e lidamos com a perda de formas diferentes [se referindo à irmã]... E isso foi muito importante pra nós. Essa diferença. Porque

quando eu estava precisando, ela me consolou. Quando ela ficou fraca, eu já estava mais forte e consegui segurar ela...” [E1].

“Eu lembro a primeira vez que fomos à casa da mamãe depois que ela faleceu... Pra mim foi muito sofrido, foi muito difícil, muito mesmo. Minha irmã ficou rindo e a primeira coisa que fez foi abrir o guarda-roupas e pegar todas as roupas que queria usar, as roupas da mamãe! Eu não entendia, eu jamais usaria as roupas da mamãe. Depois ela me disse que as roupas estavam todas na sua casa e que ela não tinha coragem de usar.” [E1].

“Olha, assim, pra te falar a verdade, assim... Eu só sei que depois disso tudo eu mudei. Eu não sei o quê, mas eu mudei. Sabe? Assim... Eu não sei, eu não sei te explicar...” [E2].

O apoio emocional, a assistência e as informações recebidas durante todo o processo são apontadas como importantes no momento do luto. A dimensão percebida pelos familiares com relação à comunicação é mencionada durante a entrevista também ao se referir às experiências após o óbito, quando uma das entrevistadas afirma:

“Eu ainda choro, de vez enquanto. De muita dor. A gente aprende a viver com a dor. É uma dor sem tamanho. As pessoas às vezes vêm falar pra gente “eu imagino”. “Ela imagina, o quê?” – eu me pergunto! Ninguém imagina a minha dor! Não tem como imaginar...” [E1].

Ao realizar uma revisão bibliográfica sobre a comunicação de más notícias, Victorino et. al. (2007) afirmam que grande parte das vezes profissionais de saúde se utilizam de eufemismos na hora de conversar com seus pacientes, mesmo desconsiderando a preferência dos mesmos. Corroborando com as discussões apresentadas ao longo do presente trabalho, os autores ressaltam que o modo como as notícias são apresentadas pode afetar tanto a compreensão sobre ela, quando o ajustamento à mesma, além de possibilitar maior satisfação com a equipe de saúde. Desta forma, a constante reflexão sobre a prática, a implicação do profissional em seu fazer cotidiano e o treinamento da comunicação, bem como dos fatores

que possibilitam melhor relação família - profissional de saúde - paciente, são fundamentais e evitam a existência de barreiras comunicacionais subsequentes.

Com relação ao acompanhamento psicológico posterior ao óbito, ambas entrevistadas referem considerar como importante, compreendem a entrevista como uma forma de contato com a profissional de psicologia após o óbito e afirmam:

“Eu acho que foi muito bom... Mas acho que essa conversa poderia existir mais cedo... Vocês poderiam ligar, poderiam fazer uma visita antes... [E1].

“Nossa, eu gostaria muito [de realizar acompanhamento psicológico após o óbito]... Não imaginava que falar sobre isso fosse me ajudar tanto. Eu precisava muito, preciso muito...” [E2].

As falas das entrevistadas possibilitam reflexões sobre abordagens psicológicas possíveis para equipe assistencial hospitalar realizar aos familiares após a morte de pacientes. Encontra-se uma literatura escassa sobre intervenções pós-óbito, Bolze e Castoldi (2005), ao apresentarem uma proposta de intervenção de acompanhamento familiar antes e após a morte de uma criança, ressaltam que ligações telefônicas e contatos via internet foram formas inovadoras de proporcionar para a família um apoio no momento inicial de luto, sendo estes meios disponíveis na instituição onde as pesquisadoras se encontravam vinculadas, foram percebidas como intervenções não onerosas à instituição e que ocuparam pouco tempo dos profissionais. Contudo, é importante considerar o contexto em que se os profissionais se encontram inseridos, tendo em vista que intervenções podem ou não ser aplicadas às diferentes realidades e contextos profissionais.

Além de ligações telefônicas, as autoras ressaltam sobre a possibilidade de visitas domiciliares após o óbito, contudo, reconhecem que como uma abordagem pouco difundida no campo da Psicologia Hospitalar, teve que ser totalmente patrocinada pela pesquisadora (BOLZE E CASTOLDI, 2005), sendo uma intervenção difícil de ser realizada na prática cotidiana.

Algumas autoras citam o desenvolvimento de grupos de apoio pós-óbito como estratégia de intervenção (MUZA, ET. AL. 2013; BOLZE E CASTOLDI, 2005), contudo, não há na literatura discussões aprofundas sobre propostas de intervenção e viabilidade destas no contexto hospitalar. É importante ressaltar que o contato posterior não seria realizado no

sentido de manter uma psicoterapia após o óbito, mas dar apoio e orientações possíveis às famílias no momento inicial do luto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a revisão bibliográfica realizada sobre os procedimentos que envolvem um diagnóstico de ME, em conjunto com as entrevistas realizadas com familiares que vivenciaram o processo de ter um paciente em ME, percebe-se que existem especificidades típicas deste contexto. Estas peculiaridades envolvem os procedimentos e conhecimentos técnico-científicos, os protocolos e a metodologia padronizada do processo de verificação e diagnóstico de ME; a comunicação de notícias durante o processo; a relação entre equipe, paciente e família; a doação de órgãos; e as vivências familiares que atravessam todo o processo, incluindo o luto.

Possibilitar um espaço de escuta aos discursos familiares sobre a vivência e os sentidos atribuídos às mencionadas peculiaridades, nos permitiu ressaltar a importância especialmente do vínculo e da comunicação de notícias. O tempo rápido da urgência e emergência não pode ser considerado um fator impeditivo para o estabelecimento de vínculos de confiança entre familiares e equipe de saúde, o estabelecimento de uma relação sujeito-sujeito, implicando em uma abertura para o diálogo com o outro, posturas de escuta, acolhimento e interação são possíveis de acontecerem mesmo num rápido período e fortalece o vínculo entre familiares e equipe de saúde, possibilitando posteriormente melhor comunicação.

Corroborando com a hipótese inicial da presente pesquisa, tem-se que estabelecimento do vínculo e de uma boa comunicação possibilitam, por sua vez, melhor compreensão sobre o quadro clínico e diagnóstico ME, além de reduzir a insegurança e dúvidas frente à decisão de doar os órgãos. Além disso, entende-se que a má comunicação, ao refletir no desconhecimento do processo e diagnóstico, pode contribuir com uma maior dificuldade no enfrentamento da perda.

Nesse contexto, tem-se a importância de contribuições de toda equipe multiprofissional para o cuidado, considerando que este dá-se na relação entre os sujeitos. As tecnologias consideradas leves, que se refere às tecnologias de relações, de comunicação, acolhimento e vínculos, são fundamentais no âmbito do processo de diagnóstico de ME e

caminha ao lado das essenciais tecnologias consideradas duras, relacionadas aos equipamentos tecnológicos, às normas e rotinas.

Percebendo-se a importância de uma formação também voltada às tecnologias leves, ao desenvolvimento da comunicação e vínculos de confiança. Desta forma, é fundamental o fomento de novos estudos sobre a temática e desenvolvimento de estratégias de fortalecimento da formação para o cuidado, sendo estes importantes para melhorias e avanços na atuação multiprofissional. Destaca-se a importância do acompanhamento psicológico em todas as fases do processo, compondo a equipe multiprofissional e realizando intervenções desde a admissão, até os momentos subsequentes, incluindo a expressão dos familiares sobre a perda e a doação de órgãos.

Convém ressaltar a importância do encontro dialógico entre pesquisadora-entrevistada, onde o uso da técnica de coleta de dados de entrevistas semiestruturadas, possibilitou um espaço de escuta e expressão sobre as vivências relacionadas à internação do familiar e diagnóstico de ME. O presente trabalho buscou uma discussão coerente com os objetivos da pesquisa e com o método de pesquisa qualitativo, contudo, busca fomentar o desenvolvimento de diferentes pesquisas no campo das temáticas que envolvem equipe multiprofissional e o processo de verificação e diagnóstico de ME.

REFERÊNCIAS

ABTO, Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. **Dados numéricos de doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro/setembro – 2017**. Registro Brasileiro de Transplantes. São Paulo: ABTO, 2017.

_____. **Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos**. São Paulo: ABTO, 2009.

BARROSO, C.; PIRES, S. **O impacto da má notícia médica na família. Uma visão psicanalítica**. Editora Biblioteca24horas: São Paulo, SP, Brasil, 2016.

BOLZE, S. D. A.; CASTOLDI, L. O acompanhamento familiar antes e depois da morte de uma criança: uma proposta de intervenção para o psicólogo hospitalar. **Aletheia**, n. 21, p. 79-91, 2005.

BOUSSO, R. S. O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: uma teoria substantiva. **Texto Contexto Enfermagem**, 17, p. 45-54, 2008.

BOTEGA, J. N. Psicoterapia no hospital geral. In EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R. W.; SCHESTATSKY, S. S. **Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BUCKMAN R. **How to break bad news: a guide for health care professionals**. [S.l.:s.n.], 1992.

BRASIL. **Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017**. Diário Oficial da União, 18 out. 2017.

_____. **Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997**. Diário Oficial da União, 5 fev. 1997.

_____. **Lei nº 11.521, de 18 de setembro de 2007**. Diário Oficial da União, 19 set. 2007.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010, 72 p.

BRUM, E. **Morrendo como Objeto**. El País, 2017. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2017/01/23/opinion/1485169382_907896.html>. Acesso em: 08 mar. 2018.

BRUNELLO, M. E. F.; PONCE, M. A. Z.; ASSIS, E. G. A.; ANDRADE, R. L. P.; SCATENA, L. M.; PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada da literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 131-5, 2010.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.

CINQUE, V.M.; BIANCHI, E.R.F. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, p. 996-1002, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (BRASIL). **Resolução nº 1.480, de 8 de agosto de 1997**. Diário Oficial da União, 21 ago. 1997.

_____. **Resolução nº 1.826, de 24 de outubro de 2007**. Diário Oficial da União, 24 out. 2007.

DELL AGNOLLO, C. M., BELENTANI, L. M., ZURITA, R.C.M, COIMBRA, J. A. H.; MARCON, S. S. A experiência da família frente à abordagem para doação de órgãos na morte encefálica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, p. 375-82, 2009.

FREUD, S. As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. **Obras completas, ESB, v. XI**. Imago: Rio de Janeiro, 2006, trabalho original publicado em 1910.

_____. Luto e Melancolia. In **Ed. Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud**. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996, trabalho original publicado em [1914-1916].

INCA, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação Geral de Gestão Assistencial, Coordenação de Educação. **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2010, 206 p.

ISMAEL, S. M. C. A família do paciente em UTI. In: MELLO FILHO, J. (Org). **Doença e Família**. 2ª Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 251-8, 2010.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**, 7ª Ed. Martins Fontes: São Paulo, SP, Brasil, 1996.

LEITE, M. A.; VILA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 145-50, 2005.

LEWINO, D.; STOCKS, L.; COLE, G. Interaction of organ donor families and recipients. **T Transplant Coord**, v. 6, n. 4, p. 191-5, 1996.

LOPES, A.; CASTRO, R. M.; IYEVASU, H. **Oncologia para graduação**. 2. ed. São Paulo: Tecmedd, 2008.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores quemerecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p. 39-64, 2001.

MORAES, E. L.; MASSAROLO, M. C. K. B. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relatados por familiares de potenciais doadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 131-5, 2009.

MORATO, E. G. Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização. In **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 19, n. 3, p. 227-36, 2009.

MUZA, J. C.; SOUSA, E. N.; ARRAIS, A. R.; IACONELLI, V. Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. **Psicologia Teoria e Prática**, v. 15, n. 4, p. 34-48, 2013.

PEREIRA, M. A. G. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 14, n.1, p. 33-7, 2005.

POWELL, T. Brain death: what health professionals should know. **American Journal of Critical Care**; v. 23, n. 3, pp. 263-6, 2014.

QUINTANA, A. M; ARPINI, D. M. Doação de órgãos: possíveis elementos de resistência e aceitação. **Boletim de Psicologia**, v. 59, n. 130, 2009.

SADALA, M. L. A. A experiência de doar órgãos na visão de familiares de doadores. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 23, n. 3, p. 143-51, 2001.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. São Paulo: Cortez, 2009.

SANTOS, M. J.; MORAES, E. L.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Comunicação de más notícias: dilemas éticos frente à situação de morte encefálica. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 1, p. 34-40, 2012.

SCHIRMER, J.; AGUIAR ROZA, B. Family, patients, and organ and tissue donation: who decides? **Transplantation Proceedings**, v. 40, n. 04, p. 1037-40, 2008.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 3 ed. São Paulo: Loyola, 2002

SILVEIRA, R. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D.; OLIVEIRA, A. M. N. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. **Texto e Contexto em Enfermagem**, v. 14, p. 125-30, 2005.

SIMINOFF L.; MERCER M.B.; GRAHAM G.; BURANT C. The reasons families donate organs for transplantation: implications for policy and practice. **Journal of Trauma**, v. 62, n. 4, pp. 969-78, 2007.

TORRES, J. C.; LAGE, A. M. V. Manifestações psicológicas de familiares com pacientes em morte encefálica. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 4, n. 1, p. 38-51, 2013.

VICTORINO, A. B.; NISENBAUM, E. B.; GIBELLO, J.; BASTOS, M. Z. N.; ANDREOLI, P. B. A. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. **Revista SBPH**, v. 10, n. 1. Rio de Janeiro, 2007.

ZIMERMAN, D. Vínculos e configurações vinculares. In: **Os quatro vínculos: amor, ódio, conhecimento, reconhecimento na psicanálise e em nossas vidas**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 240 p.

ANEXOS



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE**

ANEXO 1: QUESTIONÁRIO AUTO APLICADO

Identificação N°: _____

Data da aplicação: ___/___/___ Entrevistador: _____

Idade: _____ anos; Gênero: () M () F

Data de nascimento: ___/___/_____

Naturalidade: _____

Qual o seu estado civil?

- 1 () SOLTEIRO (A)
- 2 () CASADO (A)
- 3 () VIÚVO (A)
- 4 () SEPARAÇÃO LEGAL (JUDICIAL OU DIVÓRCIO)
- 5 () OUTRO

Qual o número atual de filhos?

- 1 () UM
- 2 () DOIS
- 3 () TRÊS
- 4 () QUATRO OU MAIS
- 5 () NÃO POSSUI FILHOS

Qual a sua escolaridade?

- 1 () SEM ESCOLARIDADE
- 2 () ENSINO FUNDAMENTAL (1º GRAU) INCOMPLETO
- 3 () ENSINO FUNDAMENTAL (1º GRAU) COMPLETO
- 4 () ENSINO MÉDIO (2º GRAU) INCOMPLETO
- 5 () ENSINO MÉDIO (2º GRAU) COMPLETO
- 6 () SUPERIOR INCOMPLETO
- 7 () SUPERIOR COMPLETO
- 8 () MESTRADO OU DOUTORADO
- 9 () NÃO SEI INFORMAR

Religião: _____ Praticante: () Sim () Não

Profissão: _____

Qual a renda familiar mensal de sua casa?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1 () ATÉ 260,00 | 6 () DE R\$ 2.601,00 A R\$ 3.900,00 |
| 2 () DE R\$ 261,00 A R\$ 780,00 | 7 () DE R\$ 3.901,00 A R\$ 5.200,00 |
| 3 () DE R\$ 781,00 A R\$ 1.300,00 | 8 () DE R\$ 5.201,00 A R\$ 6.500,00 |
| 4 () DE R\$ 1.301,00 A R\$ 1.820,00 | 9 () DE R\$ 6.501,00 A R\$ 7.800,00 |
| 5 () DE R\$ 1.821,00 A R\$ 2.600,00 | 10 () MAIS DE R\$ 7.800,00 |

Quais pessoas residem em sua casa?

ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**Familiares de pacientes com diagnóstico de Morte Encefálica e a relação com equipe multiprofissional em uma Unidade de Terapia Intensiva**”, sob a responsabilidade das pesquisadoras **Samantha Pires Oliveira Freitas Pedrosa e Layla Raquel Silva Gomes**, vinculadas à Universidade Federal de Uberlândia. Nesta pesquisa nós estamos buscando investigar os sentidos atribuídos por familiares de pacientes com diagnóstico de Morte Encefálica (ME) sobre as relações vivenciadas com a equipe multiprofissional no processo de verificação e diagnóstico de ME. Além disso, buscaremos investigar como se dá o luto após o referido diagnóstico e as vivências relatadas pelos participantes no contexto da Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Samantha Pires Oliveira Freitas Pedrosa no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU) ou em domicílio do participante, conforme escolha do próprio participante após breve explicação sobre pesquisa, o que ocorrerá através de contato inicial com familiares por telefone, o participante terá ainda um tempo reservado para decidir sobre sua participação. Na sua participação, você participará de um questionário auto aplicado e uma entrevista individual, de modo presencial, em condições que garantem o sigilo e a tranquilidade para que o procedimento seja realizado. Com sua permissão, as entrevistas serão gravadas para a transcrição real das respostas e posterior análise por parte da pesquisadora. Após a transcrição das gravações para a pesquisa o material gravado será desgravado/descartado e o sigilo será mantido. Contudo, em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto ou ganho financeiro por participar na pesquisa. Caso haja necessidade de seu deslocamento em decorrência unicamente da coleta de dados, os custos do transporte serão cobertos pela pesquisa. Caso a coleta de dados tenha duração superior a duas horas, será gratuitamente oferecido lanche. Os riscos envolvem o sigilo acerca da identificação e informações referentes ao paciente, no entanto todos os cuidados serão tomados para preservar sua identidade. Existe a possibilidade de a pesquisa mobilizar diferentes emoções, mas para possíveis riscos psicológicos as pesquisadoras se comprometem a realizar encaminhamentos que serão oferecidos gratuitamente ao participante. A pesquisa buscará contribuir para a área da saúde e psicologia através da divulgação dos resultados obtidos à instituição parceira e aos profissionais de saúde desta, propondo melhorias e avanços na atuação multiprofissional e na relação junto aos familiares frente ao diagnóstico de Morte Encefálica. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados, devendo a pesquisadora responsável devolver-lhe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por você. Uma via original deste ficará com você. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Samantha Pires Oliveira Freitas Pedrosa ou Layla Raquel Silva Gomes, através do telefone (34) 3218-2111 e Avenida Pará, 1720, bairro Umuarama, Uberlândia, Minas Gerais, 38405-320. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, de de 20.....

Assinatura do(s) pesquisadore(s)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa