

ANA MARIA DE CARVALHO MONTEIRO

*Doação de órgãos: um olhar na
compreensão dos adolescentes*



Recife
2009

ANA MARIA DE CARVALHO MONTEIRO

***Doação de órgãos: um olhar, na compreensão dos
Adolescentes***

Dissertação apresentada ao Colegiado da Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora

Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

**RECIFE
2009**

Monteiro, Ana Maria de Carvalho

Doação de órgãos: um olhar na compreensão dos adolescentes / Ana Maria de Carvalho Monteiro. – Recife: O Autor, 2009.
67 folhas.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde da Criança e do Adolescente, 2009.

Inclui bibliografia, anexo e apêndices.

1. Doação de órgãos - Adolescentes. 2. Transplantes. 3. Bioética. 4. Morte encefálica. I. Título.

616-089.843
617.95

CDU (2.ed.)
CDD (20.ed.)

UFPE
CCS2010-042

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
REITOR**

Prof. Dr. Amaro Henrique Pessoa Lins

VICE-REITOR

Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

PRÓ-REITOR DA PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR

Prof. Dr. José Thadeu Pinheiro

COORDENADOR DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Profa. Dra. Célia Maria Machado Barbosa de Castro

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO**

COLEGIADO

Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva (Coordenadora)

Profa. Dra. Luciane Soares de Lima (Vice-Coordenadora)

Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima

Profa. Dra. Sônia Bechara Coutinho

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Profa. Dra. Mônica Maria Osório de Cerqueira

Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho

Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho

Profa. Dra. Maria Clara Albuquerque

Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann

Profa. Dra. Ana Cláudia Vasconcelos Martins de Souza Lima

Profa. Dra. Maria Eugênia Farias Almeida Motta

Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz

Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Profa. Dra. Sílvia Regina Jamelli

Profa. Dra. Cleide Maria Pontes

Adriana Azoubel Antunes (Representante Discente – Doutorado)

Thaysa Maria Gama Albuquerque Leão de Menezes (Representante Discente – Mestrado)

SECRETARIA

Paulo Sergio Oliveira do Nascimento

Juliene Gomes Brasileiro

Clarissa Soares Nascimento

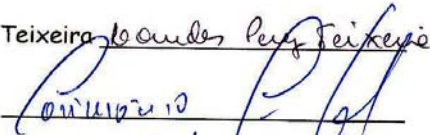
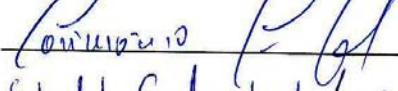
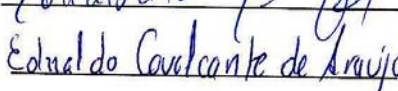
Título:

Doação de órgãos: um olhar na compreensão dos
adolescentes.

Nome: Ana Maria de Carvalho Monteiro

Dissertação apresentada em: 29 / 06 / 09

Membros da Banca Examinadora:

- Profa. Dra. Maria de Lourdes Perez Diaz Teixeira 
- Prof. Dr. Josimário João da Silva 
- Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo 

Recife

2009

Dedicatória

Aos meus pais, Paulo (*in memoriam*) e Leni, pela vida e pelos ensinamentos repassados com sabedoria e amor.

Ao meu marido Toinho e meu filho Guilherme, pelo apoio e compreensão nos momentos da minha ausência, ajudando-me a vencer mais um desafio.

Aos adolescentes que espontaneamente se dispuseram a colaborar com esta pesquisa e que muito me ensinaram.

Agradecimentos

A Deus pela dádiva da vida, por isso cheguei até aqui;

A minha orientadora Maria Gorete Lucena de Vasconcelos pelo acolhimento, confiança e incentivo em um momento tão especial;

A minha amiga e irmã Ana Márcia, por sempre acreditar que eu conseguiria vencer mais um desafio, nunca me deixando desistir;

A Betinha, uma pessoa muito especial que incondicionalmente esteve ao meu lado. Descoberta de uma grande amiga;

Aos diretores das escolas que me receberam com muita atenção;

Aos professores do Programa de Pós Graduação do Curso de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente da UFPE, pelos ensinamentos recebidos;

A Paulo, Clarissa e Juliene, pela compreensão e apoio durante esse período;

Aos meus colegas do Mestrado, pelos momentos de alegria e aprendizado compartilhados. Todos com suas particularidades foram especiais nessa jornada;

A equipe da Unidade de Saúde Mental do Hospital das Clínicas (HC/UFPE), da UTI Pediátrica do Hospital da Restauração e colegas da FUNESO pela colaboração, compreensão, força e apoio;

Agradeço a todos que de alguma maneira estiveram ao meu lado no decorrer deste período.

Enfim...

Aos obstáculos enfrentados nesta caminhada que me fizeram tropeçar, porém, não cair, crescer, amadurecer, chorar e descobrir que tudo é aprendizado e que existe uma força maior que nos impulsiona a continuarmos apesar de tudo e abraçar o nosso sonho.

...Dêem minha visão ao homem que nunca viu o sol nascer, o rosto de um bebê ou o amor nos olhos de uma mulher.

Dêem meu coração a uma pessoa cujo coração só causou intermináveis dores. Dêem meus rins a uma pessoa que depende de uma máquina para existir, semana a semana.

...encontrem um meio de fazer uma criança aleijada andar, um garoto mudo gritar quando seu time marcar um gol e uma menina surda ouvir a chuva batendo na sua janela.

Queimem o que sobrou de mim e espalhem as cinzas para o vento ajudar as folhas nascerem.

Se realmente quiserem enterrar alguma coisa, que sejam minhas falhas, minhas fraquezas e todos os preconceitos contra meus semelhantes. [...] Se vocês fizerem tudo o que estou pedindo, viverei para sempre.

(Autor desconhecido)

Resumo

Os transplantes ocasionam modificação no paradigma do conceito de morte - um acontecimento pontual decorrente da parada simultânea da consciência, respiração, batimentos cardíacos, circulação e falência de outros órgãos - para o de morte encefálica - na qual há constatação do coma não reativo, apneia, abolição dos reflexos do tronco e espinhais. A Bioética surge, como um instrumento para orientar as condutas no campo da doação de órgãos para transplantes. Este ramo da Ciência baseia-se em quatro princípios: *Justiça*, *Não Maleficência*, *Beneficência* e *Autonomia*. No que diz respeito à doação de órgãos nas categorias populacionais, uma merece destaque, por ser composta de sujeitos em formação, os adolescentes. Estes, que na contemporaneidade têm *status* de maior visibilidade e participação na vida social e alguns conflitos éticos e legais, podem fazer parte da adolescência. O presente estudo teve como objetivo: Compreender a visão dos adolescentes sobre a doação de órgãos. Constituiu-se em estudo descritivo, exploratório, conduzido pela abordagem qualitativa com base nas falas de 13 adolescentes entre os 16 e os 19 anos, estudantes brasileiros de duas escolas de nível secundário da rede pública, na cidade do Recife - Pernambuco, Brasil. A escolha dos sujeitos foi por conveniência, baseou-se no critério da saturação teórica das dimensões exploradas. A coleta dos dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2008, utilizando-se um formulário com roteiro para entrevista semi estruturada com duas questões norteadoras: 1) O que você entende sobre doação de órgãos? 2) O que você pensa sobre a doação de seus órgãos e de familiares? As falas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo na modalidade temática, que após refinamento classificatório resultaram em quatro categorias temáticas: 1) Concepções que podem salvar vidas, 2) Conhecimentos revelados, 3) Sentimentos facilitadores e complicadores à doação de órgãos, 4) Outras influências sobre doação que repercutem na tomada de decisão. Concluiu-se que os adolescentes possuem conhecimentos que envolvem o processo da doação de órgãos, como a necessidade de existir compatibilidade entre o doador e o receptor, tempo de vida útil do

órgão após sua retirada até o transplante e dos órgãos que podem ser doados. Além do mais, reconhecem a importância dessa decisão para salvar vidas, expressam um desejo altruístico em serem doadores, autorizarem a doação de órgãos de familiares e da importância da autonomia na tomada de decisão. Em contrapartida, expressaram dúvidas em relação à mudança de paradigma da morte envolvendo parada dos batimentos cardíacos e dos movimentos respiratórios para a morte encefálica, o que gera sentimentos como: o medo de ser enterrado vivo, a perda de partes do corpo, mutilação, consequências da doação em vida e o desejo de continuidade da vida no receptor. Deste modo, tais dúvidas, suscitaram medo diante da tomada de decisão, apontaram para a necessidade de informações práticas e sistemáticas, por meio de campanhas de sensibilização e esclarecimentos direcionados a esta população, além de programas comunitários e acadêmicos, incluindo o trabalho de coordenadores educacionais e estudantes.

Palavras-chave: Adolescentes, doação de órgãos, bioética, transplante, morte encefálica.

Abstract

Transplants cause a change in the sheer concept of death, simultaneous stop of consciousness, breathing, heart beats, circulation and multiple failure of organs, with inclusion of the term encephalic death, whereas we face non-reactive comma, breathing and reflexes stop. Bioethics appears as an instrument to guide procedures in donation of body organs for transplants. This science field is based in four principles: *Justice, Non-Misfeasance, Beneficence and Autonomy*. Adolescence has reached a special status and visibility in modern societies. Some ethical and legal conflicts may be part of adolescence. This study aims at understanding adolescents' perceptions towards organ donations. It is a descriptive study with a qualitative approach, based on the discourse of 13 teens, ages 16 to 19, students of two brazilians public schools of the city of Recife-Pernambuco. Data collection occurred between February and May 2008, with a formulary with two main questions: 1) What do you know about organ donation?; 2) What do you think about donation of organs of your own relatives? The speeches were recorded and transcripts of it were taken in order to be submitted to content analysis. Four thematic categories were found: 1) Concepts about life saving; 2) Knowledge revealed; 3) Feeling that may ease or difficult organ donation; 4) Other influences about donation that may interfere in the decision-making. Conclusion was that teens have knowledge about process of donation (compatibility, available time for transplants and organs that can be donated, for example). Furthermore, they recognize the importance of such decision, express an altruistic desire in being a donator and the importance of autonomy in decision-making. On the other hand, they expressed doubts about the change in the concept of death, leading to feelings such as fear of being buried alive, loss of parts of the body, mutilation, consequences of donation alive and the desire of continuity in the life of the receiver. Those questions point to the need for practical and systematical information, through campaigns directed at this public.

Key-words: Adolescents, organs donation, bioethics, transplant, encephalic death.

Sumário

1 - APRESENTAÇÃO	13
2 – REVISÃO DA LITERATURA	16
1.1 Vida e morte: o destino do homem	17
1.2 A morte sob o olhar da ciência	19
1.3 Vida e transplante de órgãos	23
1.4 Adolescência: o despertar para os desafios	27
1.5 Referências	30
3 – ARTIGO ORIGINAL	37
<i>Doação de órgãos esperança de vida: um olhar na compreensão dos adolescentes</i>	
Resumo	38
Introdução	39
Caminhos metodológicos	42
Resultados e Discussão	43
Considerações finais	53
Referências	53
4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	58
APÊNDICES	61
Roteiro de entrevista.	
Termo de consentimento livre e esclarecido	
Carta de anuência	
ANEXO	66
Carta de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da UFPE	

1 - APRESENTAÇÃO

Apresentação

Iniciei nos caminhos da Enfermagem em 1986, passando os oito primeiros anos na área da obstetrícia, período em que vivenciei muitas alegrias, presenciei vidas nascendo, pais emocionados com a chegada do tão esperado filho, outros também assustados ou inseguros. A felicidade era o eixo central desses momentos. É bem verdade, nessa época também compartilhei de algumas situações com as quais sentia muita dificuldade em lidar, pois sofria ao ter que me deparar com uma mãe, ou com um pai, que não pudera acalantar nos braços o filho tão esperado. Entretanto, essas experiências negativas foram pouco frequentes.

A vida está à espreita e nos reserva muitas surpresas...

Em 2004 fui trabalhar no Hospital da Restauração, instituição de referência do estado de Pernambuco, localizado em Recife, que recebe um dos maiores contingentes de pacientes do serviço público. Fiquei prestando assistência na emergência pediátrica, na qual o sofrimento em suas várias gradações – física, emocional, social – gera medo e desespero frente à doença e à morte, tecendo um íngreme cotidiano para os pacientes e familiares. Minha luta interior - fruto da lacuna dos cursos na área da Saúde que não inserem a morte e o limite do profissional dentre os temas da grade curricular - aliada ao distanciamento, negação e medo, inerentes à condição, levou-me a pensar que não conseguiria lidar com o novo desafio. A cada partida que presenciava, o despreparo diante da morte tomava intensas dimensões em meu ser. Precisava fazer da dor um aprendizado, encontrar uma forma de conviver com tudo isso. Mas como?

Creio que tudo que acontece na vida tem um propósito.

Certo dia fui convidada a trabalhar na UTI pediátrica deste mesmo Hospital. Meu Deus, mais um desafio! Aceitei. Foi então que passei a conviver frente a frente com *ela*, a morte, silenciosa acompanhante dos locais de cuidados intensivos. *Ela*, que também desafia e contradiz o compromisso com a saúde e a vida, para o qual nós, profissionais da saúde, somos treinados. *Ela*, que nos reporta à própria finitude.

Silenciosa, a morte rondava nos recantos da UTI, levando as crianças perante minha impotência. Brotavam-me reflexões até então nunca despertadas. Por um lado, a tecnologia surgia heróica na luta contra a finitude, mas até que ponto valeria a pena investir nessa luta às custas de mais sofrimento, tanto para o paciente quanto para os familiares? Prolongar a vida... adiar a morte... um grande conflito e a verdade final: nunca mais conviver com o ente tão amado.

Como responder à pergunta ou atender à súplica de uma mãe: *meu filho vai viver? Faça tudo que puder para salvá-lo!* E tantas vezes, o grande sentimento de impotência frente ao diagnóstico da morte encefálica já constatada. Momento difícil, revelar para aquela mãe, aquele pai, que a morte já se fizera presente. Muitas vezes, procurei o apoio de quem estava mais preparado, se é que existe preparo para esse momento. Mais ainda, eu sabia que logo essa mesma mãe seria abordada pela Comissão de Captação de Órgãos intra-hospitalar, para verificar a possibilidade de doar órgãos do seu filho que, ainda estando fisicamente perto, já partira.

Em meio à luta para salvar uma vida, passava-me o pensamento: Será que esses pais já tiveram a oportunidade de ouvir sobre doação de órgãos, transplantes, morte encefálica? Existiria algum espaço nesse momento difícil para pensar em outro alguém que depende de órgãos alheios para sobreviver? Os órgãos de *meu filho, de minha filha*? Anúncio de uma perda irreparável, prenúncio de ganho de vida para outro alguém. Perda e ganho, uma dolorosa dialética jamais imaginada pela grande maioria que passa por tal situação. Muitas vezes, pais ainda adolescentes.

O tempo foi mostrando o quanto o despreparo, o desconhecimento, as dúvidas, as desconfianças, a revolta, a raiva e a dor podem construir um obstáculo no momento da tomada de decisão. Que fazer para mudar este cenário?

Hoje, posso afirmar que tais sementes fizeram nascer em mim o interesse pelo tema desta pesquisa.

Por onde iniciar? Por que não trabalhar nas escolas, junto aos adolescentes, para identificar o conhecimento desses adolescentes sobre a doação de órgãos?

De sementes a brotos de idéias, de ideias à criação... eis que tomou forma, e por fim nasceu esta pesquisa.

Esta dissertação foi estruturada em duas partes. A primeira, o capítulo de revisão de literatura, cujas fontes originais foram encontradas utilizando-se os descritores em Saúde: *adolescentes, doação órgãos, bioética, transplante, morte encefálica*, em artigos indexados nas principais bases de dados – LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências), SCIELO (Scientific Eletronic Library online), Medline (National Library of Medicine), e da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), além de livros e dissertações.

A segunda parte consta de um artigo original intitulado *Doação de órgãos, esperança de vida – um olhar na compreensão do adolescente*, o qual será encaminhado para submissão e publicação em revista científica indexada. Finalizando trago as considerações finais e as recomendações.

Espero que de alguma forma este estudo contribua para reflexão sobre uma relevante problemática social e o despertar das instâncias responsáveis, para a importância de se iniciar um trabalho educativo sobre o tema estudado, por meio de informações práticas, sistematizadas e direcionadas para os adolescentes nas escolas e na sociedade.

“(...) a Arte de Morrer é tão importante como a Arte de Viver (ou de Chegar ao Nascimento), (...) futuro do ser depende, talvez inteiramente, de uma morte corretamente controlada.” (Evans-Wentz,WZ. livro Tibetano dos Mortos. Prefácio. à segunda edição.)

2 - REVISÃO DE LITERATURA

Revisão de literatura

1.1 Vida e morte: o destino do homem

O ciclo da vida que se desenvolve entre dois pontos cruciais, nascimento e morte, constitui-se de etapas e experiências que necessitam de readaptação biopsicossocial contínua. O nascer é vivenciado, quase sempre, como momento de alegria familiar, de encontro de gerações, quando se multiplicam as expectativas e esperanças para o recém-chegado. Ao contrário desse início, para a cultura ocidental e na visão materialista, o fim do ciclo é experienciado de forma bem distinta. Morrer envolve tristeza, evoca o não retorno e a sensação de perda eterna.¹

Há cerca de 60 000 anos antes de Cristo nasce o *Homo Sapiens*, o homem que saberá duplamente transmitir conhecimentos e que vai morrer. Esta revelação, única entre os animais, impulsiona o homem para um salto qualitativo nos seus hábitos. No entanto, a atitude reverencial diante do grande mistério da morte é reafirmada, de modo rudimentar, durante milênios.²

Por longas eras, a visão que se construiu sobre a morte refletia a herança de antigas culturas das gerações anteriores. Os povos antigos não abandonavam os seus mortos, demonstravam preocupação enterrando-lhes e protegendo-lhes. Simbolizavam a morte e tinham distintas maneiras de lidar com a sua existência, ajudando-os a se aproximar da finitude com menos temor, e facilitando a elaboração e adaptação psicológica.³

Por outro lado, a iminência de se deparar com a própria finitude, destino inevitável, leva o homem à busca de abrandar o temor e mistério do desconhecido no recurso da fé religiosa. Assim, as sociedades, desde as mais primitivas, criaram variadas maneiras para superar o desconforto da finitude humana – os ritos simbólicos, a crença na imortalidade da alma e consequente vida no além, passando a simbolizar uma mudança na filosofia de vida.⁴ No outro extremo, permanece também o racionalismo cético em alguns grupos culturais, chegando ao ateísmo, que nega a existência de Deus e a imortalidade.⁵

Assim, diversas sociedades foram adotando outros mecanismos para vivenciar a finitude, respaldando-se em condições sociais, religiosas, culturais, psicológicas e científicas da época.⁵

Na Idade Média a morte era cerimônia pública, organizada e estava *domada*, termo usado para designar o costume de toda a família, dos amigos e inclusive das crianças compartilharem os últimos momentos com o moribundo, participarem do cerimonial de despedida sem emoção excessiva, pois era um fato aceito como parte do ciclo da vida.^{6,7}

Na linha do tempo, a sociedade tenta expulsar a morte, ocultá-la com o desaparecimento de certas práticas como a abolição do luto, do velório domiciliar, o cortejo fúnebre, as condolências e até mesmo a vivência da dor. A morte, então, é distanciada, ocultada das crianças, gerando sentimentos de insegurança, distanciamento e medo na sociedade. Tenta-se também amenizá-la por meio de adornos e sofisticções da cerimônia fúnebre, objetivando a estética, verdadeira máscara. A morte transforma-se em tabu.^{8,9}

Pouco a pouco, este tema – a morte e o morrer – passa a ser tão inapropriado quanto antigamente era o falar de prazeres relacionados à sexualidade. As características da cultura ocidental moderna a refletem na forma atual da sociedade se comportar diante do inevitável fato. O ritmo acelerado da vida e da urbanização, o exacerbado individualismo, a supremacia do saber científico aumentando as expectativas de vida e da sofisticação tecnológica levaram à mudança do morrer em casa para no hospital.⁵

Nesta perspectiva, com o avanço tecnológico na área da saúde, morrer passa a significar, em muitas situações, fracasso por impotência ou incapacidade técnica, além de percebido como fato triste demais, um momento frio, desumano, mecânico e de muita solidão. Vale destacar que a morte não se restringe à simples falência do corpo biológico, mas constitui um vazio interacional não só para a família e seu grupo de relações, como também para a sociedade. Estes fatos estimulam o indivíduo à busca do significado da existência e da transcendência, que o coloca diante da finitude.^{10,11,12}

Estudos revelam que, no mundo contemporâneo, as crenças podem ter influência positiva ou negativa na tomada de decisão em ser doador ou permitir a doação de órgãos de uma pessoa com quem se tem um vínculo afetivo.¹³

1.2 A morte sob o olhar da ciência

Na Antiguidade Clássica, o coração era visto como o primeiro órgão a viver e o último a morrer, enquanto que o cérebro tinha um simples papel central de aquecimento sanguíneo e de regulação do corpo. A ideia do coração enquanto centro da vida permaneceu até o Período Renascentista. Nessa fase da História, havia o costume da decapitação para pessoas consideradas culpadas de crimes graves. Os movimentos dos corpos decapitados, observados após a morte imediata, não eram considerados como um sinal de vida, pois lhes faltava à orientação central neurológica. Surge daí, o conceito do cérebro como órgão nobre, centralista da vida e da morte, base para o atual conceito de morte encefálica.¹⁴

Segundo Lamb,¹⁵ o conceito científico da morte evoluiu com o avanço da tecnologia, sempre perpassando por questões clínicas, filosóficas, morais, éticas e legais, que entram em jogo na irreversibilidade das características que definem um sujeito morto. Assim, o progresso da biotecnologia mudou a ideia de que a morte seria um acontecimento pontual, decorrente da parada simultânea da consciência, respiração, batimentos cardíacos, circulação e falência de outros órgãos.¹⁴ As formulações acerca da definição de morte podem ter a história sumarizada como a seguir:

- Até início do século XX era aceita a parada da respiração e da circulação como definidora da morte. Porém, tais funcionamentos autônomos dependiam, em última instância, de estruturas neurológicas. Daí surgiu a necessidade de ampliar o referencial anterior, retirando de cena o coração e pulmões, e permitindo a centralização no cérebro.
- As primeiras referências a estados semelhantes à morte cerebral datam de 1890, mencionadas por Sir Dyce Duckworth, que descreveu quatro pacientes com parada espontânea da respiração, algumas horas antes da parada cardiocirculatória; em 1902, Harvey Cushing descreveu um paciente que, devido a um tumor cerebral, permaneceu com o coração funcionando por 23 horas mediante respiração artificial.
- O conceito de morte encefálica surgiu na França, em 1959, com a expressão *morte do sistema nervoso central* (SNC), usada por um grupo de neurocirurgiões referindo-se à situação caracterizada por coma apnéico persistente, ausência dos reflexos tendinosos e dos associados ao tronco encefálico, e cérebro sem atividade elétrica.
- Neste mesmo ano, os neurologistas parisienses Mollaret e Goulon criaram a definição de *coma dépassé* para referir-se aos pacientes em coma com perda irreversível da capacidade de respirar, de variar a temperatura de acordo com a do ambiente (pecilotermia), diabetes *insipidus*, e que não podiam manter a pressão sanguínea, sendo o prognóstico cardíaco de poucas horas a alguns dias. Além da França, esse termo nunca foi aprovado.
- Em 1968, a Faculdade de Medicina de Harvard publicou um informe sobre morte encefálica, o *Informe Harvard*, reconhecido mundialmente, incluindo quatro critérios: ausência de responsividade cerebral, de movimentos espontâneos ou induzidos, da respiração espontânea, além da ausência dos reflexos associados ao tronco cerebral e dos tendinosos profundos. O informe ainda recomendava a realização, embora não obrigatória, de um eletroencefalograma (EEG), por julgar ser de grande valor confirmatório quando isoeletrico, e que os exames deveriam ser repetidos durante um período de 24 horas para documentar a persistência da condição.

– Em 1971, dois neurocirurgiões, Mohandas e Chou, publicaram os denominados *Critérios de Minnesota*, que determinavam clinicamente o “ponto sem retorno” da parada de funcionamento do troncoencefálico, pois na sua parte superior encontram-se estruturas necessárias à manutenção da consciência (sistema ativador reticular ascendente), e em sua parte inferior, os mecanismos que controlam o centro respiratório. Em última análise, foi reconhecido que a disfuncionalidade do troncoencefálico corresponde a lesões irreparáveis passíveis de expressão clínica;

– Diretrizes posteriores deram ênfase a todas as características da irreversibilidade, além de acrescentarem a necessidade de haver conhecimento da causa primária do coma e da disfunção do tronco encefálico, precisando-se excluir causas que pudessem interferir nos exames de avaliação da integridade do tronco cerebral, como a hipotermia, hipotensão e utilização de fármacos depressores do SNC.

Quando devidamente entendida, a “morte do tronco encefálico” não significa a morte de um órgão; é um ponto a partir do qual o indivíduo não mais funciona como um ser integrado. Isso acarreta a perda irreversível da capacidade de respirar e do funcionamento orgânico integrado.¹⁵

No Brasil, este termo, morte encefálica, foi oficialmente aceito a partir de 1991¹⁶ e os critérios de diagnóstico atualmente em vigor foram atualizados pelo Conselho Federal de Medicina, baseando-se nas determinações internacionais e constituindo a Resolução de número 1480/97.^{17,18}

Apesar da aparente clareza, os critérios para morte encefálica não são facilmente determinados, pois todos os pontos precisam ser considerados sem dúvida. O paciente deve ser submetido a exames clínicos – reflexos: pupilar, corneano, oculocefalógiro, ocolovestibular, cocleopalpebral, sucção e mentoniano; teste da apnéia – que avaliem a integridade do tronco cerebral, devendo ser realizados por dois médicos, um dos quais neurologista, e que não tenham vínculo com a equipe de captação e transplante, além de exames complementares. Tais exames, clínicos e complementares, devem ser repetidos após o primeiro exame dependendo da idade do doador, confirmando-se a imutável condição do paciente.^{19,20-1}

Mesmo com todos os cuidados, as mudanças de paradigmas na definição de morte geraram polêmicas, dentre as quais a hora exata do seu acontecimento.²² Embora a morte ocorra em um momento específico, sob o aspecto biológico pode ser considerada um processo gradual. No entanto, em termos legais, a hora da morte que deve constar no atestado de óbito é o momento em que os médicos determinam que o cérebro e o tronco cerebral perderam irreversivelmente todas as suas funções, e não o momento de retirada da assistência ventilatória.²³

Portanto, o conceito de morte encefálica deve refletir a idéia do que significa estar vivo ou morto, e não apenas estar diretamente relacionado à necessidade de captação e doação de órgãos.²⁴ Diante de tantos dilemas, desponta a Bioética para orientar as condutas e manter o respeito e dignidade em relação aos indivíduos.²⁵

O termo Bioética foi utilizado pela primeira vez em um trabalho publicado por Fritz Jahr em 1927, sendo definido como “a emergência de obrigações éticas não apenas para com o homem, mas todos os seres vivos.”²⁶⁻²⁷ Apenas na década de setenta, com o Profº Van Rensselaer Potter, surgiu o conceito de um neologismo derivado das palavras gregas *bios* (vida) e *ethike* (ética), a Bioética ou ética da vida, abrangendo a pluridimensão dos valores morais da conduta humana.^{28-9,30}

Conforme a *Encyclopedia of Bioethics*, a palavra passou por significados evolutivos: estudo da conduta humana à luz de valores e princípios morais (1978) e estudo sistemático das dimensões morais num contexto interdisciplinar – incluindo visão, decisão, conduta e normas para a vida (1995). Por fim, a Bioética foi definida como o exame moral interdisciplinar e ético das dimensões da conduta humana, nas áreas das ciências da vida e da saúde (2004).³¹

1.3 Vida e transplante de órgãos

A mudança de paradigma do conceito de morte funcionou como divisor de águas para a evolução de um ramo da Saúde que se firmou muito recentemente: o do transplante de órgãos. Trata-se de um procedimento médico através do qual são extraídos órgãos de um corpo humano, os quais são reimplantados em outro indivíduo, com o objetivo de que o tecido tenha, em seu novo local, o mesmo funcionamento anterior.³² Segundo Ciccone,³³

Os transplantes têm colocado em questão todo um mundo não só de conhecimento sobre a morte, mas também o mais complexo mundo de significados, de simbolismos, de sentimentos, comportamentos, preconceitos, conscientes e inconscientes, individuais e coletivos, em relação à própria morte e à dos outros, como também do cadáver humano.³³

Na História dos transplantes de órgãos há registros de aperfeiçoamentos das técnicas e também de debates para além das fronteiras médicas, retratando as mudanças dialéticas quanto aos significados ético, religioso, legal, moral, simbólico e sócio-cultural.^{32,-34-5}

Na década de 30 do século passado, apesar do pouco sucesso obtido, foi registrado o primeiro transplante renal alogênico na Rússia. Nos anos 50, realizou-se o transplante de rim de um gêmeo univitelino para outro. Na África do Sul, em dezembro de 1967, foi realizado o primeiro transplante cardíaco pelo cirurgião Christian Barnard, embora não existissem os critérios para a definição da morte encefálica, baseando-se, então, apenas em critérios eletroencefalográficos. Ainda na década de 60, marcados avanços na área da técnica de sutura de vasos e na área farmacológica dos imunossupressores, como a ciclosporina, favoreceram o sucesso dos transplantes renais e cardíacos, marcando a transição da fase experimental de transplante de órgãos para a rotina dos transplantes.³⁶

Segundo o Sistema Nacional de Transplante, a atividade de transplante de órgãos e tecidos no Brasil iniciou-se em 1964 na cidade do Rio de Janeiro, e no ano seguinte em São Paulo, com a realização dos dois primeiros transplantes renais do país.³⁷

O primeiro transplante cardíaco no Brasil deve-se ao Professor Zerbini, realizado na cidade de São Paulo em 1968, fato que ocorreu pouco menos de um ano após a realização do transplante pioneiro pelo Doutor Christian Barnard, causando grande impacto na comunidade científica e também na população em geral.³⁸

Desse período inicial até os dias atuais, os transplantes tiveram evolução considerável. Seria de esperar que, no espaço de quarenta anos, sua oferta obtivesse cifras igualmente crescentes. Entretanto, a situação evidencia aspectos críticos no suprimento de órgãos para transplante reprimindo a demanda em quase todos os países que os realizam.^{39,40}

Conforme os registros do Sistema Nacional de Transplantes do Brasil, no primeiro semestre de 2008 havia 68.906 pessoas nas filas de espera por órgãos transplantáveis, pouco mais que o total de transplantes realizados mundialmente em todo o ano de 2007, que foram de aproximadamente, 65.000 transplantes. Os estados que mais fizeram estes procedimentos até o final de 2007 foram São Paulo, Paraná e Mato Grosso do Sul, sendo os transplantes de córnea e de rim os mais realizados.³⁷

Em Pernambuco, a década de 2000 também mostrou ascensão no número de doações efetivas (31%) e dos transplantes (28%), colocando o Estado na sexta posição do país e líder no Norte e Nordeste, com maior registro nos transplantes de fígado (77%) e depois de córnea (50%). Estes resultados decorreram de ações articuladas da Secretaria de Saúde, além de matérias positivas veiculadas na mídia, com alcance de 36% de doações múltiplas entre 2007 a 2008.⁴¹

A doação de órgãos pode ser analisada também na perspectiva da moral e da ética, levando-se em conta as diferenças entre estes conceitos por vezes adotados, de maneira equivocada, como sinônimos. Considera-se moral o conjunto de normas que determinam como deve ser o comportamento dos indivíduos de determinado grupo. Porém, para que o ato seja considerado propriamente moral, se faz necessário a aceitação pessoal da norma.⁴² Enquanto que a ética, também chamada de filosofia moral, não estabelece regras, ocupa-se em levar as pessoas a refletir sobre noções e princípios que devam dirigir sua existência e que fundamentam a vida moral.⁴³

Portanto, uma decisão ética é singular e o indivíduo, como ser livre e responsável, tem condições de escolhas, sobretudo perante conflitos ou dilemas, em que norma alguma poderá nortear-lo.⁴⁴ No entanto, uma decisão ética pode ter influência moral, sendo que esta fica situada no tempo e reflete o contexto do mundo em que a liberdade do sujeito está inserida.⁴²

A Bioética vem ao encontro dessas questões e encontra respaldo na Teoria Principlista de Beauchamp e Childress, publicada em sua obra *Principles of Biomedical Ethics* de 1994. Sua base fundamental é o reconhecimento da dignidade de todo ser humano que, sendo sempre um fim, não pode ser utilizado como um meio, por maior que seja o ato em benefício de outrem.⁴⁵

A Teoria baseia-se em quatro princípios que, embora não possuam um caráter absoluto nem prioridade entre si, servem como orientação na tomada de decisões desta natureza: 1 - o princípio da *Justiça*, que firma como condição fundamental a equidade (dar a cada um o seu direito); 2 - o princípio da *Não Maleficência* implica em que a ação do médico deve causar sempre o menor prejuízo ou agravo à saúde do paciente (*primum non nocere* - antes de tudo, não causar dano); 3 - o da *Beneficência* refere-se à obrigação de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo; 4 - o da *Autonomia* determina que o indivíduo tenha o direito de decidir o que é melhor para si (o reconhecimento da liberdade de ação, desde que o sujeito, movido pelas suas próprias razões, não produza danos a si ou a outrem). Entretanto, não se pode deixar de identificar os limites destes princípios e certas concepções não poderão ser impostas, mesmo que pressuponham a idéia de igualdade.⁴⁶⁻⁸

Na perspectiva do doador vivo, o princípio da *Beneficência* implica em confrontar a ação de doar com seus possíveis danos. Neste caso, o aspecto mais polêmico diz respeito à realização de cirurgias de grande porte em pessoas saudáveis, para doação de todo um órgão ou de parte dele, considerando-se que o benefício é para outrem. A grande questão ética reporta-se aos riscos para o doador, uma vez que o mesmo será submetido a anestesia e procedimento cirúrgico, sendo fundamental que as complicações dos doadores sejam mínimas. Esta última questão refere-se principalmente à *Não Maleficência*. Quando há algum impasse, o princípio da *Não Maleficência* deve sobrepor-se ao da *Beneficência*.^{49,50-1}

O exercício da *Autonomia* é uma consequência das informações, fornecidas de forma verbal ou escrita, sobre todo o procedimento, tanto os benefícios como as possíveis complicações físicas e psíquicas, sem oferecer falsas expectativas. É por meio destes esclarecimentos que o doador ou receptor exerce a liberdade da autonomia com segurança, consentindo ou não o processo da doação, podendo ainda desistir da autorização dada, a qualquer momento, sem precisar justificar ou explicar suas razões. Esta decisão deve ser isenta de influências de qualquer tipo.⁴⁹

No que concerne aos transplantes de doador falecido, enfatiza-se que através da morte de um indivíduo, surge a esperança de vida para outro. Tal situação gera questionamentos que se atenuam com os critérios confiáveis para a definição atual de morte encefálica. Além disso, o princípio da *Autonomia* é mantido através do respeito às decisões tomadas pela família, ou seja, sua liberdade e vontade de autorizar ou não a doação do falecido.^{39,49}

O princípio da *Justiça* remete à demanda e escassez de órgãos, o que desencadeia as filas de espera, em caso de doador falecido⁴⁸. No Brasil, existe a Lista Única Nacional, formada pelo conjunto das Listas Estaduais que por sua vez são constituídas pelas Listas Regionais. Para fazer funcionar o princípio da *Justiça*, utilizam-se critérios públicos e objetivos, dando-se prioridade à compatibilidade entre o doador e receptor⁴⁷. Este critério poderá ser infringido se o tempo estimado para o deslocamento do receptor for inviável, ou se existir algum paciente na iminência de óbito, sendo observados os critérios de urgência conforme o órgão a ser transplantado, estabelecidos pela central do Sistema Nacional de Transplante.⁵¹⁻²

Diante dos inúmeros empecilhos vivenciados no processo da captação de órgãos para transplantes, é indiscutível a questão educacional e Cultural.⁵³ Presume-se que a informação e conscientização em todas as categorias sociais, possam transformar as doações em ampla realidade.^{32,54} No caso específico do adolescente acredita-se que este grupo mereça atenção especial, pelas particularidades do seu desenvolvimento.

1.4 Adolescência: o despertar para os desafios

Em todas as Ciências do comportamento humano, encontram-se capítulos que abordam a passagem da infância para a vida adulta, reconhecida como Adolescência. Estudos na área da Sociologia e Arqueologia da História, ainda reverenciados por sua importância histórica, apontam o aparecimento desse termo (derivado do latim *adolescere* que significa crescer, amadurecer) no final do século XVIII, em decorrência da necessidade de a sociedade categorizar determinado grupo etário, integrá-lo e sobre ele exercer uma disciplina mais vigilante.⁵⁵ A partir de então, vários estudos foram empreendidos, porém coube ao psicólogo americano Stanley Hall a publicação do primeiro compêndio sobre adolescência em 1904.⁵⁶

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência compreende o período da vida que se inicia aos 10 e vai até os 19 anos, fase de intensas transformações físicas, psicossociais e econômicas. Trata-se de um processo, cujo ritmo varia de um indivíduo para outro e vivenciado de acordo com o sexo, com a genética, o contexto cultural e condições sociais em que o jovem está inserido.⁵⁷

As recentes descobertas da neurobiologia demonstram existir grande plasticidade neuronal desde o início da adolescência, cujas mudanças recebem a denominação de *varredura neurológica* – neurogênese, crescimento dendrítico e formação de novas sinapses, com eliminação daquelas não muito utilizadas. Essa varredura permite uma reestruturação dos lobos cerebrais, causando aprimoramento do raciocínio abstrato, da sensibilidade empática (capacidade de se colocar no lugar do outro e usar este sentimento na hora de agir), na memória e concentração.⁵⁸

Por outra vertente, os hormônios gonadais atuam no hipocampo - agindo sobre os neurotransmissores, serotonina, dopamina e noradrenérgico - afetando as habilidades cognitivas, memória e a agressividade.⁵⁹

As mudanças neurológicas associadas às pubertárias impõem incremento dos impulsos inconscientes sobre o Eu, que nesse momento encontra-se mais vulnerável, levando o adolescente a vivenciar muitos conflitos que se expressam em crises de angústia e em comportamentos (*acting out*), muitas vezes pouco compreendidos pelos familiares e pela

sociedade. Trata-se, na verdade, de reações de defesa ou adaptação com que o jovem tenta se reorganizar.⁶⁰

Na década de 70, Arminda Aberastury e Maurício Knobel, reuniram as principais características comportamentais advindas das mudanças fisiológicas e anatômicas, ao qual denominaram Síndrome da Adolescência Normal. Consideraram síndrome por constituir um conjunto de múltiplas facetas do comportamento e relacionamento que, embora bizarras ou inadequadas em outras fases da vida, são normais na adolescência, decorrendo do trabalho exigido para a reformulação psicossocial e adaptação às mudanças corporais e do campo sexual.⁶¹

Os componentes da Síndrome incluem: a busca do Eu - a necessidade de se integrar a grupos de coetâneos e de intelectualizar ou usar o imaginário para sair do presente; questionar a religiosidade em geral; distemporalidade - certa desorientação temporal, em que as urgências são enormes e as postergações irracionais; definição da identidade sexual; agressividade, violência com ou sem reivindicações sociais; frequentes contradições da conduta - manifestações do interjogo entre amor-ódio; separação progressiva ou brusca do grupo familiar e flutuações do humor, com predomínio depressivo.⁶²

O estudo dos lutos simbólicos que precisam ser elaborados na busca do Eu compreendem: a) pelo corpo que não é mais infantil e a cujas mudanças o adolescente é espectador passivo e impotente, pois não tem nenhum controle sobre as transformações. b) a perda dos pais da infância, pois esses já não lhes parecem da forma assimilada na infância (pais heróis internalizados); c) o luto pela identidade e papel infantil, pois não é mais tratado com a condescendência devotada às crianças, além das cobranças sociais de um comportamento condizente com o corpo que está desabrochando.⁶³

Os sentimentos por tais perdas simbólicas levam o adolescente a utilizar, enquanto defesa, o manejo onipotente de suas idéias. Isto se expressa na convicção de que ele pode mudar o mundo, ou percebe sua finitude como inexistente, negando ou desafiando a morte ao se expor a perigos, mesmo que pareçam apenas desafios por modismos da geração.

Costumam também ter contradições de sentimentos – ódio, amor, querer ou ter dúvidas, culpa e compaixão a um só tempo.⁶¹

Nesta fase, as transformações físicas merecem destaque, pois o corpo funciona como verdadeiro santuário amado, a ideia de identidade pessoal está fortemente atrelada com o corpo - sendo um lugar em que a pessoa se reconhece enquanto uma singularidade que ao mesmo tempo partilha de um conjunto de significações ou por ser veículo de expressão de desejos e de angústias, meio de sedução ou de busca de desapropriação da vida - forma de trajar-se, andar, uso de gírias e jargões, tatuar-se, automutilação, negação ou busca da morte.⁶⁴

É inquestionável que na contemporaneidade o adolescente ocupa um espaço e tem *status* de maior visibilidade e participação na vida social. Neste sentido, alguns conflitos éticos e legais já podem fazer parte da adolescência, evidenciando a necessidade de a eles aproximarem-se temas da Bioética, como a questão vida e da morte.⁶⁵

No entanto, as questões éticas relacionadas a essa fase devem permear as peculiaridades de sua evolução. Embora possuidor de recursos cognitivos para compreender as características mais importantes da morte, como a irreversibilidade e a universalidade, e conhecimentos de lógica formal que permitem estabelecer relações de causalidade, o adolescente pode manter-se distante deste tema por vivenciar um período com intensas mudanças que o deparam com mortes simbólicas, expressas pelos frequentes conflitos de sentimentos e comportamentos.⁶⁶ Por outro lado, é nessa faixa etária que, infelizmente, encontra-se grande percentual de potenciais doadores.³³

Em vista dos fatos expostos, esta pesquisa teve o desafio de trabalhar a questão da doação e transplante de órgãos envolvendo adolescentes. Além disso, existe carência de estudos no Brasil, em especial na região Nordeste, que apontem o nível de conhecimento dessa população sobre o tema e a intencionalidade da doação. A partir da ótica dos adolescentes, serão desenvolvidas reflexões, no sentido de contribuir para as estratégias divulgadoras do ato que renova a esperança de muitas vidas.

1.5 Referências

- 1.COELHO, F.J.F.; FALCÃO, E.B.M. Ensino científico e representações sociais de morte humana. **Rev. Iberoamericana de Educación**. v.3, n.9, p.1-13, 2006.
- 2.ROTTENSTEIN, A. O sentido da vida através dos tempos. In: D'áassunção E. (org). **Biotanologia e bioética**. São Paulo: Ed Paulinas, 2005. 268 p.
3. KOVÁCS, M.J. **Morte e o desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 253 p.
4. BELATTO, R.; CARVALHO E.C. O Jogo existencial e a ritualização da morte. **Rev. Latinoamericana de Enfermagem**. São Paulo, v.13, n. 3, p. 99-104, jan-fev.2005.
5. LAGO-FALCÃO, T.M. **Dor sofrimento, dor encantamento**: Retratos de vidas. Ser viúva em camadas médias pernambucanas. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)-. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.
6. VARGAS, M.A.O.; MEYER, D.E.E. Re-significações de vida e de morte: delimitando modos de educar. **Rev. Educação Realidade**. Rio Grande do Sul, v. 28, n.1, p. 65-86, jan-jul. 2003.
7. ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**. Virtual Books, 2003. Disponível em:<<http://books.google.com/books?q=a+historia+da+morte+no+ocidente&btnG=Pesquisar+livros&hl=pt-BR>>.Acesso em: 31 dez.2008.
8. PESSINI, L. **Como lidar com o paciente em fase terminal**. Aparecida: Santuário e Centro Universitário São Camilo, 2003. 159 p.
9. AGRA, L.M.C.; ALBUQUERQUE, L.H.M. Tanatologia: uma reflexão sobre a morte e o morrer. **Pesquisa Psicológica**, Maceió, ano1, n.2, jan.2008. Disponível em: <<http://www.pesquisapsicologica.pro.br>>.Acesso em: 02 jan. 2009.

- 10 CARVALHO, L.S. et al. A morte e o morrer no cotidiano de estudantes de enfermagem. **Rev. Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.1, n.4, p.551-57, out-dez. 2006.
11. KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
12. ALENCAR, S.C.S.; LACERDA, M.R.; CENTA, M.L. Finitude humana e enfermagem: reflexões sobre o (des) cuidado integral e humanizado ao paciente e seus familiares durante o processo de morrer. **Rev. Família, Saúde e Desenvolvimento**. Curitiba, v.7, n.2, p.171-180, maio-ago. 2005.
13. MORAES, M.W.; GALLANI, M.C.B.J.; MENEZHIN, P. Crenças que influenciam adolescentes na doação de órgãos. **Rev Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v.40, n.4, p. 484-92, dez. 2006.
14. PITA, F.; CARMONA, C. Morte Cerebral: do medo de ser enterrado vivo ao mito do doador vivo. **Rev. Acta Médica Portuguesa**. n.17, p.70-75, 2004.
15. LAMB, D. **Transplante de órgãos e ética**. São Paulo: Hucitec: 2000. 260 p.
16. BRASIL, Conselho Federal de Medicina. **Resolução n. 1346**, de 8 de agosto de 1991. Dispõe sobre os princípios norteadores para diagnóstico de morte encefálica. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, 17 out. 1991. Secção1, p. 2273.
17. CAMPOS, J.M. **A doação de órgãos**. Disponível em: <http://www.transplantes.pe.gov.br/arquivos/doacao_organos.doc>. Acesso em: 13 jul.
18. BRASIL, Conselho Federal de Medicina. **Resolução 1480**, de 8 de agosto de 1997. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480-1997.htm>>; Acesso em: 6 nov. 2007

19. GLEZER, M. Morte encefálica. **Rev. Einstein**. São Paulo, n. 2, p. 52-54, jan-mar. 2004.
20. PÜSCHET, V.A.A.; RODRIGUES A.S.; MORAES M.W. A atuação da enfermeira na captação de órgãos para transplante em São Paulo: uma abordagem legal e bioética. **Rev. O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 26, n. 1, p.167-173, jan-mar. 2002.
21. VIEIRA, T.R. Algumas Reflexões Bioéticas Sobre os Transplantes. In:____. **Bioética: temas atuais e seus aspectos jurídicos**. Brasília: Consulex, 2006. p.77.80.
22. VARGAS, M.A.; RAMOS, F.R.S. A morte cerebral como o presente para vida: explorando práticas contemporâneas. **Rev Enfermagem Texto Contexto**. Florianópolis, v.15, n.1, p.137-145, jan-mar. 2006.
- 23 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Entendendo morte encefálica**.Disponívelem:<<http://www.abto.org.br/abtov02/potugue/população/doacaoOrgaosTecidos/.aspx?...-36k>>. Acesso em: 23 nov. 2008.
24. ALTHABE, M. et al. Dying in the Intensive Care Unit: collaborative multicenter study about forgoing life-sustaining treatment in Argentine Pediatric Intensive Care Units. **Pediatr Crit Care Med**. v.4, n.2, p.164-9, 2003 .
25. VIEIRA, T.R. Princípio da dignidade humana. In:____. **Bioética: temas atuais e seus aspectos jurídicos**. Brasília: Consulex, p.17-19, 2006.
26. JAHR, F. Bio=Ethik: eine umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze. **Kosmos**. Handweiser für Naturfreunde. v.24, n.1, p.2-4, 1927.
27. CARVALHO, F.M.C.; PESSINI, L.; JUNIOR, O.C. Reflexões sobre bioética ambiental. **Rev. O Mundo da Saúde**. São Paulo, v.30, n.4, p.614-18, out-dez. 2006.
28. STEPKE, L.F.; DRUMOND, F.G.J. **Fundamentos de uma antropologia bioética: O Adequado, O Bom e o Justo**. São Paulo: Loyola, 2007. 212 p.

29. SPIRI, W.C.; BERTI, H.W.; PEREIRA, M.L.D. Os princípios bioéticos e os direitos dos usuários de serviço de saúde. **Rev. O Mundo da Saúde**. São Paulo, v.30, n.3, p.448-454, jul.- set. 2006.
30. GOLDIM, J.R. Bioética: origens e complexidade. **Rev. Hospital das Clínicas Porto Alegre**. Porto Alegre, v.26, n.2, p.86-92, ago. 2006.
31. POST, S.G. (ed.). **Encyclopedia of Bioethics**. New York: 3 ed, Macmillan. 2004.
32. VITA, W.L.S.; BOEMERN, T.; BOEMER, M.R.A. Questão dos transplantes e suas interfaces. **Rev. O Mundo da Saúde**. São Paulo, v.26, n.1, p.158-166, jan-mar. 2002.
33. CICCONE, L. **Bioética e transplante de órgãos**. São Paulo: Edusc, 1999. 35 p.
34. MARTIM, L.M. Ética em pesquisa: uma perspectiva brasileira. **Rev. O Mundo da Saúde**. São Paulo, v.26, n.1, p.85-99, jan-mar. 2002.
35. NEUMANN, J.; FILHO, M.A.; GARCIA, V.D. **Transplante de órgãos e tecidos**. São Paulo: Sarvier, 1997. 465 p.
36. PEREIRA, W.A. **Manual de Transplantes de órgãos e tecidos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 592 p.
37. SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES. **Histórico**. Disponível em <www.saude.gov.br/transplantes>. Acesso em: 24 out. 2008.
38. PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. **Problemas atuais em bioética**. São Paulo: Loyola, 2005. 579 p.
39. FERNÁNDEZ, J.G. **10 Palavras chaves em bioética**. São Paulo: Paulinas, 2000. 334 p.
40. PARIZI, R.R.; SILVA, N.M. Transplantes. In: COSTA, S.I.F. (orgs). **Iniciação à bioética**: Conselho Federal de Medicina; Brasília, 1998. p.157-69.

-
41. CENTRAL DE TRANSPLANTES DE PERNAMBUCO CT-PE. Doações e transplantes em Pernambuco. Disponível em: <<http://www.transplantes.pe.gov.br/estatistica.htm>> Acesso em: 20 jan. 2009.
42. ARANHA, M.L.; MATINS, M.P. **Filosofando**: Introdução á filosofia. São Paulo: Moderna, 2003. 334 p.
43. VIEIRA, T.R.; DINIZ, N.M.; SILVA, J. Bioética e construção da normatividade. In: ANJOS, M.F.; SIQUEIRA, J.E. **Bioética no Brasil**: tendências e perspectivas. São Paulo: Idéias&letras, 2007. p.70-93.
44. NEVES, N.C. **Ética para os futuros médicos. É Possível Ensinar?** Conselho Federal de Medicina. Brasília, 2006. 106 p.
45. MIRANDA, E., FILHO, R.D.T. Da eugenia à algenia e paradigma bioético. In: PELIZZOLI, M. **Bioética como novo paradigma**. Petrópolis: Vozes, 2007. p.70-87.
46. BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Principles of biomedical ethics**. New York: Oxford University, 1994. 574 p.
47. ENGELHART, J.R.; TRISTAM, H. **The foundations of bioethics**. New York: Oxford University; 1996. 474 p.
48. KIPPER, D.J.; OSELKA, G.W.; AYER, R. Bioética Clínica. In: ANJOS, M.F.; SIQUEIRA, J.E.: **Bioética no Brasil**: tendências e perspectivas. São Paulo: Idéias&letras, 2007. p. 114-128.
49. VIVAS, I.M.M.D.; MARRONE, P.M.D. Ética em transplante de órgãos. **Rev. Medicina Interna y Medicina Crítica**. Venezuela: v.2, n.4, p.57-61, 2005.
50. COELHO, J.C.U. et al. Qualidade de vida do doador após transplante hepático intervivos. **Arquivos de gastroenterologia**. São Paulo: v.42, n.2, p. 83-8, abr-jun. 2005.

-
51. MATOS, J.; FERREIRA, P. Aspectos legais do transplante. In: GARCIA, V.D. et al. **Transplante de órgãos e tecidos**. 3 ed. São Paulo: Segmento Farma, 2006. p. 382-391.
52. BRASIL, Tribunal de Contas da União. **Relatório de avaliação de programa**: Programa doação, captação e transplante de órgãos e tecidos. Brasília: 2006; p. 136
53. GARRAFA, V.A. Aspectos Bioéticos dos Transplantes. In: GARCIA, V.D. et al. **Transplante de órgãos e tecidos**. 3 ed. São Paulo: Segmento Farma, 2006. p. 369-81.
54. GARCIA, V.D. A política de transplantes no Brasil. **Rev. AMRIGS**. Porto Alegre: v.50, n. 4, p. 313-320, out-dez. 2006.
55. ALBERTI, S. **Esse sujeito adolescente**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999.
56. MONTEIRO, M.; SANTOS, M.R. **Psicologia**. Porto: Porto, 1998.
57. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa e Saúde do adolescentes**: Bases Programáticas. Brasília, Nov. 1989.
58. HERCULANO-HOUZEL, S. **O cérebro em transformação**. Rio de Janeiro: Objetiva; 2005. 224 p;
59. CAMERON, J.L. Interrelationships between hormones, behavior, and affect during adolescence: complex relationships exist between reproductive hormones, stress-related hormones and the activity of neural systems that regulate behavioral affect. **Annals of the New York Academy of Sciences**. New York: v.1021, p.110-23. 2004.
60. DEL NERO, S. Adolescência – A transição biopsicossocial. In: ____ EROS, THANATOS. **Fundamentos Psicanalíticos**. São Paulo: Vetor; 2002. p.101-116.
61. KNOBEL, M. El síndrome de la adolescência normal. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M.(eds). **La adolescencia normal – un enfoque psicoanalítico**. México: Paidós Educador; 2005. p. 35-109.

62. KNOBEL, M. **Síndrome da adolescência normal.**

Disponível em: <<http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/7340/adonorm.html>> Acesso em: 02 fev. 2009

63. ABERASTURY, A. et al. Adolescencia y Psicopatía. Duelo por el cuerpo, la identidad y los padres infantiles. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. (eds.). **La adolescencia normal – un enfoque psicoanalítico.** México: Paidós Educador; 2005. p.110-126.

64. BENDASSOLLI, P.F. **Do lugar do corpo ao não lugar da doação de órgãos.** Rev.Psicologia e Reflexão Crítica. Porto Alegre: v.11, n.1, p.143-157, 2000.

65. TAQUETTE, S.R. et al. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. **Cad Saúde Pública.** Rio de Janeiro: v.21, n.6, p.1717-1725, nov-dez. 2005.

66. RODRIGUEZ, C.F.; OLIVEIRA, R.A. Vida e morte: reflexões sobre a bioética na adolescência. **Bioethikos.** Rio de Janeiro: v.2, n.1, p.105-114, 2008.

3 - ARTIGO

ORIGINAL



Doação de órgãos esperança de vida: um olhar na compreensão dos adolescentes

Resumo

Objetivos: Compreender a visão dos adolescentes sobre a doação de órgãos. **Métodos:** Estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa fundamentado nas falas de 13 adolescentes entre os 16 e os 19 anos, estudantes de duas escolas de nível secundário da rede pública, da cidade do Recife - Pernambuco, Brasil. O número de sujeitos atende ao critério de saturação. A coleta dos dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2008, utilizou-se a técnica da entrevista semi estruturada, guiada por duas questões norteadoras: 1) O que você entende sobre doação de órgãos? 2) O que você pensa sobre a doação de seus órgãos e de familiares? As falas foram gravadas, transcritas e submetidas a análise de conteúdo na modalidade temática.

Resultados: Foram identificados alguns fatores de resistência e facilitadores como: a não aceitação da morte, necessidade cultural de manter a vida, medo de ser enterrado vivo, a mutilação do corpo, influência das mídias e família, falta de informação clara e direcionada ao grupo estudado, exercendo influência na tomada de decisão em doar ou autorizar doação de órgãos de familiares. A análise revelou que os adolescentes expressaram sentimentos de solidariedade, desejo de ver o outro bem e salvar vidas. No entanto, tais sentimentos não foram suficientes para a tomada da decisão em doar. Em contraponto, a influência da família, mídia, amigos e o sentimento da continuidade de vida pela doação podem ser determinantes para a decisão.

Conclusões: A pesquisa favoreceu espaço de reflexão para questões da Bioética e mostrou que os adolescentes possuem conhecimentos embasados na Ciência, além dos adquiridos informalmente. Estes podem ser fatores facilitadores ou de resistência na tomada de decisão em ser um doador ou autorizar doação de órgãos de familiares.

Palavras-Chave: Adolescentes, bioética, doação de órgãos, morte encefálica, transplantes

Introdução

O transplante de órgãos representa o coroamento e aprimoramento da cirurgia e do progresso da biotecnologia.¹ Este acarreta modificação no paradigma do conceito da morte, até então acontecimento pontual decorrente da parada simultânea da consciência, respiração, batimentos cardíacos, circulação e falência de outros órgãos, para o de morte encefálica, onde há constatação do coma não reativo, apnéia, abolição dos reflexos do tronco e espinhais.²

Tais mudanças funcionaram como divisoras de águas para a evolução dos transplantes, procedimentos médicos por meio dos quais são extraídos órgãos deste corpo humano e reimplantados em outro indivíduo, com o objetivo de que o tecido tenha, em seu novo local, o mesmo funcionamento anterior.³

Apesar da evolução considerável, a situação atual evidencia aspectos críticos no suprimento de órgãos para a demanda em quase todos os países que os realizam. Conforme os registros do Sistema Nacional de Transplantes do Brasil, no primeiro semestre de 2008 havia 68.906 pessoas nas filas de espera por órgãos transplantáveis, pouco mais que o total de transplantes realizados mundialmente em todo o ano de 2007, que foram de aproximadamente 65.000 transplantes. Os estados que mais fizeram estes procedimentos até o final de 2007 foram São Paulo, Paraná e Mato Grosso do Sul, sendo os transplantes de córnea e de rim os mais realizados.⁴ Em Pernambuco, a década de 2000 mostrou ascensão no número de doações efetivas (31%) e dos transplantes (28%), colocando o estado na sexta posição do país e líder no Norte e Nordeste, com maior registro nos transplantes de fígado (77%) e em seguida de córnea (50%).⁵

Vários são os impasses que envolvem o tema em estudo no que diz respeito aos questionamentos quanto a solidariedade, direitos humanos, ética e moral, que fez despontar a Bioética como um instrumento para orientar as condutas no campo dos transplantes.⁶

Este ramo da Ciência baseia-se em quatro princípios que, embora não possuam um caráter absoluto nem prioridade entre si, servem como orientação na tomada de decisões.

São eles: o princípio da *Justiça*, o da *Não Maleficência*, o da *Beneficência* e o da *Autonomia*.^{7,8}

O princípio da *Justiça* remete à demanda e escassez de órgãos, o que desencadeia as filas de espera, em caso de doador falecido. No Brasil, a Lista Única Nacional, que engloba as Listas Estaduais e Regionais, foi criada por decreto lei para fazer valer tal princípio.⁹

Enquanto que o princípio da *Autonomia* é uma consequência das informações, fornecidas de forma verbal ou escrita, sobre todo o procedimento, tanto os benefícios como as possíveis complicações físicas e psíquicas, sem oferecer falsas expectativas. É por meio desses esclarecimentos que o doador ou receptor exerce a liberdade da autonomia com segurança, consentindo ou não o processo da doação, podendo ainda desistir da autorização dada, a qualquer momento, sem precisar justificar ou explicar suas razões. Essa decisão deve ser isenta de influências de qualquer tipo.⁹

No que concerne ao transplante de doador cadáver, enfatiza-se que por ocasião da morte de um ser humano, surge a esperança de vida para outro. Tal situação gera questionamentos que se atenuam com os critérios confiáveis para a definição atual de morte encefálica. No Brasil, este termo foi oficialmente aceito a partir de 1991, com critérios de diagnóstico atualizados pelo Conselho Federal de Medicina, baseando-se nas determinações internacionais, constituindo a Resolução de número 1480-97.¹⁰ Uma vez definida a morte encefálica, o princípio da *Autonomia* é mantido por meio do respeito às decisões tomadas pela família, ou seja, sua liberdade e vontade de autorizar ou não a doação de órgãos do falecido.⁸

Quando se trata do doador vivo, o princípio da *Beneficência* implica em confrontar a ação de doar com seus possíveis danos, considerando-se que o benefício é para outrem. A grande questão ética reporta-se aos riscos para o doador, seja pela anestesia ou pelo procedimento cirúrgico. Esta questão refere-se principalmente à *Não Maleficência*. Havendo algum impasse, o princípio da *Não Maleficência* deve sobrepor-se ao da *Beneficência*.^{8,11}

No que diz respeito à doação de órgãos, das categorias populacionais uma merece destaque, por ser composta de sujeitos em formação: os adolescentes. A Organização

Mundial de Saúde (OMS) considera a adolescência o período entre 10 a 19 anos e 11 meses.¹² Trata-se de um processo universal, cujo ritmo varia de um indivíduo para outro de acordo com o sexo, com a genética, o contexto cultural e condições sociais em que o adolescente está inserido.¹³

Neste processo, as mudanças neurohormonais levam ao aprimoramento do raciocínio abstrato, da sensibilidade empática (capacidade de se colocar no lugar do outro e usar esse sentimento na hora de agir), na memória e concentração¹⁴, nas habilidades cognitivas, memória e a agressividade.¹⁵

Por outro lado, o adolescente está vivenciando a adaptação às mudanças corporais e do campo sexual, que originam crises de angústia expressas em comportamentos muitas vezes pouco compreendidos, na convicção de que pode mudar o mundo, ou perceber sua finitude como inexistente, negando ou desafiando a morte ao se expor a perigos, mesmo que pareçam apenas desafios por modismos da geração. Estes costumam também ter contradições de sentimentos – ódio, amor, querer ou ter dúvidas, culpa e compaixão a um só tempo.¹⁶

É inquestionável que na contemporaneidade o adolescente tem *status* de maior visibilidade e participação na vida social, e alguns conflitos éticos e legais já podem fazer parte da adolescência, evidenciando a necessidade deles aproximarem-se de temas da Bioética, como a questão vida e morte.¹⁷

Este artigo tem por objetivo compreender a visão dos adolescentes sobre a doação de órgãos, considerando os aspectos da Bioética que perpassam o tema, bem como as características psicológicas e sociais que regem as condutas na fase da adolescência.

Caminhos Metodológicos

Delineou-se um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, por permitir a análise do tema na perspectiva da compreensão, dos significados, crenças e valores emitidos pelos sujeitos sobre o objeto de estudo.¹⁸

Os sujeitos elegíveis foram adolescentes entre os 16 e 19 anos, de ambos os sexos e estudantes de duas escolas de nível secundário da rede pública na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, que constituíram a amostra por conveniência,¹⁹ Foram excluídos os adolescentes portadores de deficiência cognitiva ou de outra natureza, que impedisse uma efetiva comunicação sobre as questões abordadas. O número de participantes seguiu o critério da saturação, que consiste na teórica repetição das falas no qual nenhum dado novo estava sendo acrescentado,¹⁹ ocorrendo este processo com as falas de 13 adolescentes.

O projeto da pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) sob protocolo N° 015/2008.

Os objetivos e a metodologia do estudo foram esclarecidos em sala de aula, quando também foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a cada adolescente que demonstrou motivação em participar.

A coleta de informações ocorreu de fevereiro a maio de 2008, por meio de entrevista individual realizada em ambiente privativo, nas respectivas escolas dos participantes. Utilizou-se um roteiro semi-estruturado com duas questões norteadoras: 1) O que você entende sobre doação de órgãos? 2) O que você pensa sobre a doação de seus órgãos e de familiares?

Para garantir o anonimato, cada participante foi identificado de modo sequencial por cognome escolhido pela pesquisadora. As informações foram analisadas e discutidas com respaldo na revisão que subsidia o estudo. Utilizando a análise de conteúdo,¹⁹ inicialmente foi realizada a transcrição na íntegra das entrevistas, sem levar em consideração os erros linguísticos, seguindo-se a leitura exaustiva do material transcrito, visando à identificação dos núcleos de sentido (codificação) e informações relevantes, estabelecendo-se as categorias analíticas (categorização), para a síntese e identificação das temáticas.²⁰

Resultados e Discussão

Entre os adolescentes, apenas dois eram do sexo masculino, não tinham atividades remuneradas, moravam com a família de origem e procediam da região metropolitana do Recife. Quanto à escolaridade, a maioria cursava o terceiro ano do ensino médio, estando apenas dois no primeiro ano. Uma garota de 17 anos vivia em união consensual e tinha um filho de um ano, os demais eram solteiros. A maior parte se dizia da religião católica, dois eram agnósticos e três evangélicos.

Com relação à entrada no campo, alguns pontos abordados, foram registrados pela pesquisadora: “(...) ao expor o tema da pesquisa e deixar claro o objetivo, tive a sensação de ter causado impacto no grupo por ser um tema complexo. (...) percebi-os, pela expressão facial, assustados, alguns debochados, um até comentou com outro colega, ‘vieram buscar teu fígado’. (...) Creio que terei problemas com a adesão ao trabalho.” (anotação da pesquisadora, 26/02/2008).

De fato, a primeira entrevista ocorreu após duas semanas, tempo em que os professores lembravam a presença da pesquisadora na escola, apesar de vários adolescentes terem demonstrado motivação no dia do convite, inclusive levando o TCLE para os pais. É possível, que tal situação reflita a resistência em abordar um tema que remete à finitude, a ponto de a pesquisadora lembrar-se da folclórica história do “papa-figo”, quando uma das alunas indagou-lhe no corredor: “Se eu assinar o papel (TCLE) tu vem me buscar pra pegar meus órgãos, é? Vem não, visse?”

Apesar das considerações iniciais, os adolescentes que se apresentaram para a entrevista expressaram conteúdos reveladores permeados de curiosidades e dúvidas, de conhecimentos à vontade de expressar suas opiniões e também aprender. Após proceder-se aos métodos de análise, foram encontradas quatro categorias temáticas:

- Concepções que podem salvar vidas;
- Conhecimentos revelados;
- Sentimentos facilitadores e complicadores à doação de órgãos;
- Outras influências sobre a doação que repercutem na tomada de decisão.

Concepções que podem salvar vidas

As entrevistas se iniciavam com respostas que fluíam com facilidade, provavelmente por abordar dimensões mais superficiais do tema, cuja síntese remete a atitudes que contribuem para salvar vidas. No decorrer das entrevistas, dez afirmaram que desejariam ser doadores, dois expressaram dúvidas e um foi veemente ao dizer que “(...) não doaria, é muito complicado”. (Vida, 19 anos)

Foi possível identificar falas que denotavam o desejo altruísta de contribuir positivamente na vida de alguém: “Eu sempre disse lá em casa que eu quero doar meus órgãos, pois acho importante doar órgãos. (...) Seria um desejo meu que eu ia estar realizando, desejo de ajudar outra pessoa, uma coisa que eu posso fazer.” (Desejo, 17 anos). Esperança, uma adolescente de 17 anos, resume a questão numa única frase: “Salvar uma vida doando órgãos é especial.”

Quando se investigou a doação de um familiar falecido, uma adolescente expressou a solidariedade que vence a dor: “(...) eu ia sofrer muito para autorizar, mas eu doaria”. (Amor, 18 anos).

Estas falas denotam a necessidade de os adolescentes poderem tomar decisões, exercendo sua autonomia, fato que compõe uma das características da busca do Eu.¹⁷ Neste sentido ainda pode-se afirmar que a autonomia do adolescente é considerada limitada⁸ por estar vinculada, por um lado, às vivências e à maturidade conquistada, e por outro, atrelada às leis do Estatuto da Criança e do Adolescente.²¹

O princípio da autonomia diz respeito a uma pessoa agir livremente de acordo com suas próprias escolhas, independentemente de influências controladoras, características essas consideradas essenciais ao princípio da autonomia⁸. Ficou evidente na fala de Vida, 19 anos, quando explicita “(...) porque doação de órgãos é um ato que a pessoa está fazendo à sua espontânea vontade, né?”.

Uma questão importante que emergiu na fala de Respeito, 16 anos, foi a existência de uma fila de espera para transplantes, reconhecida pela adolescente como “enorme”, que remete a resultados de descompassos entre oferta e a demanda por

transplantes, em caso de doador falecido, perpassando pelo princípio da justiça, que firma como condição fundamental a equidade (dar a cada um o seu direito), na distribuição dos recursos de saúde.

Esta fila foi criada a partir da lei 9434/97, decreto 2268/97, que determina a obrigatoriedade de inscrição em lista única de espera por órgão doado,²²

(...) você não pode doar por obrigação, tem que doar com um sentimento de cordialidade. ... eu não faria (a doação) simplesmente porque tem uma fila (de espera) enorme, porque é uma obrigação. (Respeito, 16 anos).

Outra concepção que chamou a atenção da pesquisadora, até por ter surgido uma única vez, foi a crença religiosa evidenciada na fala de um adolescente evangélico: “Quando a pessoa morre, a pessoa vai para outra vida, então doa os órgãos.” (Vida, 19 anos)

Estudo realizado com estudantes do ensino médio demonstrou que algumas crenças influenciaram positivamente os adolescentes para a doação de órgãos, principalmente nas relacionadas a questões religiosas, como também à motivação altruística.²³

É possível que, neste artigo, a questão da religiosidade não tenha surgido com relevância, pelo fato de os adolescentes estarem vivenciando os lutos simbólicos – do corpo infantil, dos pais da infância e do lugar que ocupavam enquanto crianças¹⁶ – que exigem um trabalho mental que investe no narcisismo, colocando a razão religiosa em segundo plano. Enfim, as concepções que podem salvar vidas, foram expressas em quase sua totalidade no grupo estudado, fato que deve ser levado em consideração ao se elaborarem campanhas de incentivo à doação de órgãos entre adolescentes. Vale salientar que, dependendo da forma como esses lutos forem vivenciados, as características da síndrome da adolescência normal vão se apresentar com maior ou menor intensidade.

Conhecimentos revelados

Contemplando este tema, os resultados emergentes evidenciaram que as opiniões variaram desde conhecimentos embasados na ciência aos adquiridos por meio das experiências de vida e influências do ambiente sociocultural. Alguns conhecimentos se

mostraram inadequados, sendo menções feitas a doar um dedo ou o cérebro, crânio, boca, costela, dentre outras colocações. A fala de Insegurança, 17 anos pode exemplificar bem esta inadequação. “(...) a pessoa não deve doar, a pessoa não está morta dentro do caixão? (...) e quando ele (o médico) tira tudo (os órgãos), a gente vai como? Sem nada, é? Mas vai o quê, só a cabeça?” Para Vida, 19 anos: “(...) a pessoa não pode doar o órgão viva, porque se doar, a pessoa vai sentir dor.”

Alguns expressaram informações de cunho científico quanto à possibilidade de doação. Medo, 17 anos, afirmou: “Se a pessoa morreu com AIDS, com o vírus do HIV, o corpo está infectado. Eu acho que o órgão não pode ser doado com o vírus. Ou se uma pessoa morrer esmagada, queimada, por exemplo.” Outros discursos podem ainda ilustrar as nuances de um pensamento científico como:

(...) os órgãos ainda têm um tempo de vida útil, um período que se pode utilizar que se pode tirar e também algumas restrições com algumas pessoas, contando com o estado de saúde, com o estado dos órgãos e a idade também. Eu posso doar um órgão, e este pode ser rejeitado, mas tem um percentual de ser aceito. (Respeito, 16 anos)

A doação de órgãos ocorre na maioria das vezes quando você morre, isso quando for doar, mas pode ocorrer também a doação de rim, de alguma parte que a pessoa possa doar ainda viva se houver compatibilidade. (Sensibilidade, 17 anos)

O conceito de morte encefálica não é fácil de compreender, sendo um dos temas mais complexos e controversos da bioética por envolver mudança do paradigma do conceito de morte decorrente da parada cardiorrespiratória para a cessação irreversível de todo encéfalo incluindo o tronco cerebral.² Entretanto a compreensão, embora limitada, foi expressa em alguns depoimentos.

Do ponto de vista médico é a morte em pessoa, a morte mesmo, porque já que o cérebro vai coordenar todas as funções, o cérebro morto não teria mais sentido, esse organismo vai parar. Não o coração todo parado e o cérebro ainda vivo, porque ainda tem uma chance de recuperação. (Respeito, 16 anos).

Morte encefálica é quando, tipo o cérebro não exerce mais as funções e fica funcionando apenas o coração, aí a pessoa fica à base de máquinas pra controlar o que o cérebro controlaria. (Ajuda, 16 anos).

O desconhecimento emergiu também na inflexão da voz, sem firmeza, na busca de vocábulos adequados, ou ainda em forma de dúvidas, como se pode concluir nas

falas. “(...) o rim, o fígado, o coração [...] acho que só (refere-se aos órgãos que podem ser doados). Não sou muito bem informada sobre esse assunto”. (Dúvida, 17 anos.) “Eu acho que qualquer tipo de morte a pessoa pode doar, mas às vezes depende, né?” (Sinceridade, 17 anos)

Ficou claro sua insegurança quando Ajuda verbaliza a necessidade de compartilhar sua decisão em favor da doação,: “Não sei, eu acho que ia ficar indecisa, porque uma decisão tão importante *pra* só uma pessoa tomar”. (Ajuda, 16 anos.)

Talvez essa fala reflita a própria consciência da adolescente sobre sua autonomia limitada.⁷

Tal variação de saberes demonstra o nível de informação insuficiente dos adolescentes que participaram deste estudo, demonstrando a importância de oferecer-lhes conhecimentos de maneira precisa e adequada em sua realidade.²³ Embora alguns apresentassem um pouco mais de conhecimento, outros demonstraram a necessidade de uma informação detalhada e formal.

Um estudo comprovou que estas questões não fazem parte das atividades educativas das escolas, corroborando com a necessidade das informações serem transmitidas em palestras e debates, de forma sistemática, para os estudantes.²⁴ Amor e Esperança assim se expressaram:

Eu acho que nas escolas, através de palestras, querendo ou não, a gente sempre se interessa por esse assunto aprendendo mais sobre isto, eu tenho mais capacidade de discutir com alguém sobre isso, tirar dúvidas se eu puder. (Amor, 18 anos)

(...) nas escolas, que os professores de biologia dessem aula. Porque a gente não tem aula disso (doação de órgãos), ninguém chega pra dizer: O transplante, acontece desse jeito, por causa disso. (Esperança, 17 anos).

Este não é um problema apenas encontrado no Brasil, estudos desenvolvidos nos Estados Unidos da América no início desta década apontaram que, em geral, as pessoas não têm informações tão precisas para decidir a respeito de doação dos órgãos de familiares, colaborando para a recusa do consentimento.²⁵⁻⁶

Por outro lado, as falas evidenciaram que muitas das informações chegam ao conhecimento dos entrevistados por intermédio das campanhas de sensibilização, por meio da mídia,²³ como demonstrado nas falas que se seguem:

A gente só ouve falar de transplante por novela, pela TV e não sabe das coisas direito. E muita gente também deixa de permitir a doação por ignorância. Poderia ajudar outra pessoa. (Ajuda, 16 anos.)

Eu acho que há muita informação sobre transplantes de órgãos, mas eu acho que não de maneira clara para a população. O que falta não é informação, é a reestruturação dessa informação. Não é simplesmente dizer ‘doe órgãos’, (Respeito, 16 anos.)

Em sua fala, Respeito critica a forma como a mídia repassa a informação para a população, enquadrando todos no mesmo nível de entendimento, sem levar em conta as especificidades de cada população-alvo

Entretanto, não se pode esquecer que campanhas dessa natureza nem sempre alcançam todas as camadas sociais de maneira objetiva, podendo ainda exercer influências tanto positivas quanto negativas. A literatura aponta que é imprescindível o suporte de profissionais em comunicação no planejamento do conteúdo e na melhor maneira de transmitir as informações, constituindo-se uma educação para a mídia.²⁷

Sentimentos facilitadores e complicadores à doação de órgãos

Apesar da demonstração de solidariedade e desejo de ver o outro bem e salvar vidas identificados na primeira temática percebeu-se que, embora importantes, tais sentimentos facilitadores não foram suficientes para efetivar a tomada de decisão para doar órgãos. Apreendeu-se em determinadas falas a expressão de alguns sentimentos que podem exercer um papel complicador ou facilitador na tomada de decisão.

A não aceitação da morte desencadeia sentimentos de desesperança, de desamparo, refletindo o medo que as pessoas têm de enfrentar a certeza da sua própria finitude.²⁸

(...) eu não aceito a morte não, não morrer, não morrer, ficar pra semente. Causa muita coisa: tristeza, vontade de chorar bem forte./.../ Eu acho que não doaria [...] Será que a outra pessoa doaria também?(Insegurança, 18 anos.)

O desejo de doar ou não os órgãos pode surgir devido à adaptação entre uma suposta necessidade cultural de manter a vida - ou seja, adiar a morte - e a confiança na eficiência com que a doação de órgãos responde a essa necessidade.²⁹ (...) autorizo (a doação). Ali só vai estar o corpo, não vai estar mais vivo, não vai sentir mais nenhuma dor. (Sinceridade, 17anos.)

Surgiram também medos, como o de ser enterrado vivo, o que reflete as dúvidas da família do potencial doador em relação aos critérios de morte encefálica. Já foi demonstrado que os vínculos afetivos, culturais e religiosos conferem uma variedade de sentimentos e respeito ao falecido por parte dos familiares, e um novo conceito de morte que não mais se baseia na parada do coração e da respiração e sim no conceito atual de morte encefálica pode gerar dúvidas e conflitos.³⁰

Acho que só pode doar quando já está comprovado que a pessoa morreu. Tem muita gente que até tem medo, porque tem aquela doença, algo assim: Que parece que a pessoa está morta e não está. (...) Se tiver certeza de que eu estou morta, não tem problema nenhum doar, o que der pra doar que doe. (Conhecimento, 17 anos.)

Um colega meu, que morreu de morte encefálica e o pai dele não quis doar os órgãos dele, disse que ele ainda ia sobreviver, ainda estava vivo. O pai dele não entendeu, não quis doar. (Solidariedade, 17 anos)

A doação de órgãos pode vir a desencadear uma visão negativa da morte, principalmente se ligada à mutilação do corpo,³⁰ uma vez que, nos dias atuais, a sociedade supervaloriza o culto ao corpo, estímulo narcísico descomedido, e qualquer ameaça é sentida como danosa. Assim, a possibilidade de doar órgãos pode romper com a integridade da imagem do corpo.³¹

Eu não quero que mexa em nada do lado de fora nem olhos, nada fora. Tirasse tudo, coração, rim, fígado, costelas ... tudo de dentro, só que de fora permanece./.../ A partir do momento que tira o olho uma pessoa fosse vê, diria, 'que coisa feia'. E eu não quero! (Esperança, 17 anos.)

(...) Porque eu acho assim: quando uma pessoa morre, aí tirou o olho, aí ficou aparecendo um negócio fundo, preto. Aí eu digo: Ai meu Deus do céu! Aí alguém já perguntou a mim: imagine tu sem olho, morta todo mundo olhando! Que coisa feia."(Insegurança, 17 anos.)

É possível que o medo da mutilação do corpo sofra influência devido à fragmentação do conhecimento, que foi identificada nas falas desses adolescentes. Em analogia, estudo demonstra que a fragmentação do conhecimento pode também influenciar na percepção deturpada da imagem corporal.³²

No que se refere à doação em vida, o fato de perder parte do seu corpo, mesmo sendo para um parente e com o sublime objetivo de salvar a vida, foi expresso refletindo conflito.

Perdendo uma coisa minha, na hora acharia estranho, seria tão estranho. Um negócio meu e dar para outra pessoa, seria estranho./.../ Ia ser uma perda muito grande, mas fazer o quê... pra ajudar os pais, o irmão”(Sinceridade, 17 anos.)

Pesquisas apontam que a percepção do corpo pelo indivíduo e a forma como ele se identifica relaciona-se com a imagem corporal, e como os órgãos figuram nessa imagem, podendo servir como fatores de facilitação ou resistência à doação.³³

As falas que se seguem, além de refletir medo, inclusive do ato médico, perpassam um dos princípios da bioética: a não maleficência, que propõe a obrigação do médico de não infligir dano intencional.³⁴

(...) Sei lá [...] vai me cortar, pode ser que acontecesse alguma coisa comigo na cirurgia e eu não pudesse mais viver, sei lá [...](medo) do que fosse acontecer depois” (Dúvida, 18 anos.)

Quando Respeito utiliza a expressão “... claro que doaria” em sua fala, percebe-se que diante de algumas situações como na tomada decisão para doação, o princípio da beneficência que implica na obrigação de fazer o bem pode se sobrepor ao da não maleficência.⁷

(...) Eu doaria, só que o único receio é que acontecesse alguma incompetência, algum erro médico. /.../ Se eu tivesse um acompanhamento... claro que eu doaria! /.../ Mas eu doaria contanto que o médico me passasse muita segurança. (Respeito, 16 anos.)

Não deixando com isso de enfatizar sua desconfiança na competência do profissional médico quando verbaliza a possibilidade de ocorrer “...algum erro médico”.

Os profissionais da saúde têm uma importante responsabilidade no desencadeamento do processo doação-transplante, o que torna imprescindível que estejam devidamente preparados para as definições das condutas a serem tomadas e as orientações repassadas.²⁷

A fala seguinte demonstra a necessidade de os adolescentes saberem o destino do órgão doado, o tipo de pessoa que o receberá ou até mesmo o desejo inconsciente de identificar no receptor a continuidade da vida do ente querido.

(...) Muitos têm medo, no caso: eu vou doar meu órgão sem saber pra quem é, sem nem conhecer a pessoa que vai ficar com meu órgão. São muitos sentimentos. (Medo, 17 anos.)

Em um trabalho realizado com familiares de doadores falecidos que acompanharam o processo de doação, foi identificado o desejo de conhecer os receptores pela necessidade de constatar que os órgãos foram utilizados e beneficiaram outras pessoas, sem intenção de criar vínculos ou causar qualquer tipo de transtorno.³⁰

O desejo de perpetuar a vida pode ser um fator aliado para a autorização de efetivar um transplante. Isso parece ser verdadeiro, sobretudo naqueles casos em que familiares, cujos entes queridos faleceram em tenra idade, sentem-se impelidos em doar os órgãos e depois agem como se o parente ainda estivesse vivo, funcionando pelo simbolismo do órgão.³¹ (...) pelo menos tinha um pedacinho da minha família vivo dentro de outra pessoa”. (Dúvida, 18 anos.).

Outras Influências sobre a doação que repercutem na tomada de decisão

O caminho pelo qual os adolescentes referiram obter conhecimento sobre o tema foi atribuído às mídias representadas pela *televisão* (nas *novelas*), pela *internet*, *jornal* e a própria *família*.

“(...) uma campanha televisionada, porque a televisão é um meio que chega pra todo mundo.” (Conhecimento, 17 anos)

“(...) no jornal sempre passa: Doe órgãos. Comercial de televisão, via Internet, tem uma página no MSN, tem um amigo que manda mensagem de órgãos. E mais, passou informação em novela, seriado, tudo”. (Esperança, 17 anos)

Essas fontes de informação exercem um poder de influência tanto positiva como negativamente, na predisposição pública para a doação de órgãos.³¹

Ficou evidente em um estudo a respeito da doação de órgãos a importância de programas educativos formais para a compreensão de estudantes secundaristas de escolas públicas.³⁵ Reforçando estes achados, apesar da maior parte da informação vir por intermédio da televisão, esta pode ser geral, indefinida, inapropriada e não esclarecer dúvidas e medos comuns, sendo assim incapaz de modificar comportamentos negativos relacionadas à doação de órgãos. Enquanto que informação com base individual (encontros específicos, campanhas em escolas, amigos, familiares e profissionais de saúde) promove uma maior modificação de comportamento.³⁶

No processo da doação, a família tem papel importante na decisão pela doação de órgãos e tecidos, pois a ela é conferido o poder de decisão sobre os corpos que lhe pertencem, além de exercer forte influência de gerações anteriores.³⁷ Este importante lugar da família pode ser verificado nos depoimentos: “(...) meu pai, ele é doador, ele conversa comigo.” (Sinceridade, 17 anos). “(...) eu acho legal, meus avós são doadores de órgãos.” (Esperança, 17 anos)

Importante frisar que em todos os estados brasileiros a maior causa para uma doação não ser efetivada é a recusa familiar, seguindo-se da contra-indicação médica.³⁸

O desenvolvimento tecnológico desencadeou mudanças no processo da morte. O médico, em determinadas situações, passou a decidir em que momento esse fato deve ocorrer, embora envolvendo questões éticas e bioéticas.³⁹ Fica evidente na percepção de Sensibilidade, 17 anos, a complexidade de sentimentos quando a natureza deixa de exercer o controle sobre a finitude.

(...) a morte é um processo natural, as doenças vêm pra que você morra, é complicado você manter um ser vivo se ele não está respondendo... Se você desligasse os aparelhos, se não existissem esses aparelhos, essa pessoa já estaria morta. (Sensibilidade, 17anos.)

Considerações finais

A análise empreendida buscou fornecer espaço para reflexão de uma relevante problemática social, reafirmada mediante as discussões das temáticas analisadas. Algumas concepções expressas pelo grupo estudado, como o desejo altruísta em salvar a vida de alguém por meio da doação de órgãos, perpassam pelos princípios da Bioética. Por outro lado, dúvidas e inseguranças revelaram-se fatores complicadores e facilitadores, como a não aceitação da morte, necessidade cultural de manter a vida, medo de ser enterrado vivo, a mutilação do corpo, influência das mídias e família, falta de informação clara e direcionada ao grupo estudado, exercendo influência na tomada de decisão em doar ou autorizar doação de órgãos de familiares. Os achados apontam para a necessidade de informações práticas e sistemáticas por meio de campanhas de sensibilização direcionadas aos adolescentes, como programas comunitários, acadêmicos, incluindo o trabalho de coordenadores educacionais e estudantes.

Outrossim, investir no conhecimento dos adolescentes, esclarecendo suas dúvidas e sensibilizando-lhes, pode vir a ser um caminho fundamental para minimizar os medos e os mitos. Desta forma, é possível que o desejo de exercer a solidariedade, enfatizado pelos adolescentes estudados exerça a força propulsora para tornar realidade a intenção de doar, como também contribuir para a redução do tempo de sofrimento daqueles que depende deste ato para a esperança de ter uma nova vida.

Referências

1. Parizi RR, Silva NM. Transplantes. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G, organizadores. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.p.157-69.
2. Lamb D. Transplante de Órgãos e Ética. São Paulo: Hucitec; 2000.
3. Vita WLS, Boemer T, Boemer MRA. Questão dos transplantes e suas interfaces. Rev. O Mundo da Saúde. 2002;26:158-66.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Transplantes. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/transplantes>> .Acesso em: 24 out 2008.
5. Central de Transplantes de Pernambuco. Doações e transplantes em Pernambuco Disponível em: <<http://www.Transplantes.pe.gov.br/estatistica.htm>> Acesso em: 20 jan 2009.
6. Dallari DA. Direitos humanos e cidadania. São Paulo: Moderna; 1998.
7. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.
8. Kipper DJ, Oselka GW, Ayer R. Bioética clínica. In: Anjos MF, Siqueira JE. Bioética: bioética no Brasil: tendências e perspectivas. São Paulo: Idéias&letras; 2007;p.114-128.
9. Vivas IMMD, Marrone PMD. Ética em transplante de órgãos. Rev. Medicina Interna y Medicina Crítica. 2005;2:57-61.
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.480/97, de 21 de agosto de 1997. Critério da morte encefálica. Diário Oficial da República Federativa de Brasília, DF, p.1827, secção I, 1997.
11. Matos J, Ferreira P. Aspectos legais do transplante. In: Garcia, VD, Abbud Filho M, Neumann J, Pestana JOM, editores. Transplante de órgãos e tecidos. São Paulo: Segmento Farma; 2006.p.383-81.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Marco legal: Saúde, um direito de adolescente. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.p.7-(Série A. Normas e Manuais Técnicos)
13. Ministério da Saúde. Programa: Saúde do adolescentes. Bases Programáticas. 2 ed. Brasília, 1996.
14. Herculano-Houzel, S. O cérebro em transformação. Rio de Janeiro: Objetiva; 2005.
15. Cameron JL. Interrelationships between hormones, behavior, and affect during adolescence: complex relationships exist between reproductive hormones, stress-related hormones and the activity of neural systems that regulate behavioral affect. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2004;1021:110-23.
16. Knobel M. El síndrome de la adolescência normal. In: Aberastury A, Knobel M. (eds.). *La adolescencia normal – un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós Educador; 2005. (reimpressão); p.35-109.
17. Taquette SR, Vilhena MM, Silva MM, Vale, MP. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. *Cad Saúde Pública*. 2005;21:1717-1725.
18. Trivinos NA. Introdução à pesquisa social: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: ATLAS; 2007.
19. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed.70; 2008.
20. Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2005.
21. Brasil. Lei Nº. 8.069, 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>> Acesso em: 27 set 2008.
22. Brasil. Lei n. 9.434, 04 fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União* p.2191-3,1997.

23. Moraes MW, Gallani MCBJ, Meneghin P. Crenças que influenciam adolescentes na doação de órgãos. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40:484-92.
24. Schirmer J, Leite RF, Roza BA, Silva AS, Fujinami TI, Lemos MC.et al. Doação de órgãos e tecidos: o que sabem os estudantes do ensino médio? *Rev. Einstein*. 2007;5:213-21.
25. Siminoff LA, Gordon N, Hewlett J, Arnold RM. Factors influencing families' consent for donation of solid organs for transplantation. *Jama*. 2001;286:71-77.
26. Spigner C, Weaver M, Cardenas V, Allen MD. Organ donation and transplantation: ethnic differences in knowledge and opinions among urban high school students. *Ethn Health*. 2002;7:87-101
27. Garcia VD. A Política de transplantes no Brasil. *Rev.AMRIGS*. 2006;50:313-320.
28. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 8 ed.São Paulo: Martins Fontes; 2000.
29. Bendassolli PF. Percepção do corpo, medo de morte, religião e doação de órgãos. *Rev. Psicol. Reflexão e Crítica*. 2001;14:225-240.
30. Santos MJ, Massorollo MCKB. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. *Rev Latino-am. Enfermagem*. 2005;13:382-387.
31. Bendassoli PF. Doação de órgãos: meu corpo, minha sociedade. *Psicol. Reflex. Crit*. 1998;11:71-92.
32. Serrano SQ. Percepção do adolescente obeso sobre as repercussões da obesidade em sua idade [Dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2008.
33. Bendassolli PF. Do lugar do corpo ao não lugar da doação de órgãos. *Rev. Psicol. Reflex. Crit*. 2000;13:225-240.
34. Amorim C. Princípio da beneficência e da não – maleficência. In: Urban CA. (Org.). *Bioética clínica*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003;p.545-55.

-
35. Piccoli GB, Soragna G, Putaggio S, Burdese M, Longo P, Rinaldi D, et al. Efficacy of an educational program on dialysis, renal transplantation, and organ donation on the opinions of high school students: a randomized controlled trial. *Transplantation Proceedings*. 2004;36:431-4.
36. Conesa, C., Ríos, A., Ramírez, P., Canteras, M., Rodríguez, M. M., & Parrilla, P. Influence of different sources of information on attitude toward organ donation: a factor analysis. *Transplantation Proceedings*. 2004;36:1245-48.
37. Bousso RS. O processo de decisão familiar na doação de órgãos do filho: Uma teoria substantiva. *Rev. Texto Contexto Enferm*, 2008;17:45-54.
38. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Registro brasileiro de transplantes. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/lista.aspx>> Acesso em 2009 Jan 28.
39. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de Bioética. São Paulo: Loyola; 2005. p.407-426.

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES



Considerações finais e Recomendações

A necessidade de pensar a vida sem excluir a morte é um dos maiores desafios para quem convive com pacientes que estão aguardando por um transplante de órgão. É também do conhecimento dos que lidam com essa situação, o grande hiato existente entre o desenvolvimento das técnicas e políticas referentes aos transplantes de órgãos e a compreensão da sociedade a seu respeito.

Esta pesquisa buscou fornecer espaço para uma relevante e abrangente problemática: a doação de órgãos focalizando os conhecimentos dos adolescentes , e demonstrou a importância de estratégias sócio-educativas direcionadas a esse grupo específico de cidadãos.

Apesar de os participantes expressarem o desejo altruístico de salvar vidas por meio da doação de órgãos, ainda necessitam de informações e esclarecimentos corretos. Medos, mitos, dúvidas e compreensões equivocadas estiveram presentes nos depoimentos pesquisados e podem ser compreendidos como evidência de que a lógica científica circunscrita à doação de órgãos ainda permanece distante da sociedade.

Diante do exposto, é urgente e necessária a revisão das estratégias utilizadas pelas campanhas de estímulo a doação de órgãos. Recomendamos o estímulo a realização de ações sócio-educativas mais direcionadas aos jovens tanto através de veículos de

comunicação de massa, como através de exposições dialogadas em escolas, organizações sociais e/ou nos serviços comunitários de saúde (PSF - Policlínicas).

Neste sentido, é possível que a soma de valores, como a solidariedade e a competência ética, exerçam a força propulsora para tornar realidade a intenção dos potenciais doadores e ,paulatinamente, superemos o déficit de órgãos doados para transplantes.

Vale ressaltar que esta pesquisa não finaliza a discussão sobre o tema. Assim, recomenda-se também o investimento em estudos nessa área de conhecimento, com metodologias diversas, a fim de contribuir para mudar a realidade atual no que concerne em salvar vida por meio da doação de órgãos.

APÊNDICES



Apêndice - 1

Roteiro da entrevista.

TÍTULO: Transcender a finitude da vida. Solidariedade e doação de órgãos para transplante: Visão de adolescentes de escolas públicas do Recife – PE.

Dados de identificação:

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Religião:

Estado civil:

Nº de filhos:

Questões norteadoras;

- 1- O que você entende sobre a doação de órgãos?
- 2- O que você pensa sobre a doação de seus órgãos para transplante ou de familiares?

Apêndice - 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO: Transcender a finitude da vida. Solidariedade e doação de órgãos para transplante: Visão de adolescentes de escolas públicas do Recife – PE.

Orientadora Responsável: Prof^a. Dr^a. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Pesquisador Responsável: Ana Maria de Carvalho Monteiro.

Registro no Conselho Regional de Enfermagem: 37302

Telefone para contato: 21263980/ 99610257

Senhores pais,

Venho através deste documento, solicitar a sua permissão para o seu filho(a) participar de uma pesquisa sobre doação de órgãos para transplantes.

Esta pesquisa fará parte da elaboração de uma dissertação de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente, na linha intitulada Bioética, Ética da vida.

Objetivos: Analisar o conhecimento dos adolescentes na faixa entre 16 e 19 anos e identificar aspectos de resistência e de facilitação a tomada de decisão para a doação de órgãos.

Os dados serão coletados através de uma entrevista face-a-face, utilizando uma entrevista semi estruturada, com questões abertas, com gravação de voz. Quando será perguntado sobre o que ele(a) entende sobre doação de órgãos e sobre a doação de seus órgãos para transplante ou de familiares?

Não haverá filmagem. A entrevista ocorrerá no ambiente escolar, em horário determinado pela coordenação da escola.

Não será publicado o nome do adolescente nem da escola.

Riscos: Considera-se que toda pesquisa que envolva seres humanos possa incorrer algum tipo de risco. Nesta, portanto poderá vir a gerar certo constrangimento pelo fato das entrevistas serem gravadas e também pelo tema da pesquisa, que envolverá questões que venham despertar sentimentos relacionados a esta vivência.

Benefícios: Os adolescentes terão suas dúvidas esclarecidas, proporcionando-lhes um maior conhecimento a respeito do tema, por meio de um trabalho educativo que será realizado nas escolas ao final da pesquisa. Espera-se que desta forma estejamos colaborando para um futuro mais promissor no campo dos transplantes de órgãos em seres humanos.

Este estudo não incorrerá em ônus nem haverá remuneração para o participante. Será garantida a sua privacidade e sigilo de identificação. A sua participação é voluntária e poderá retirar-se da pesquisa a qualquer momento se assim o desejar. Os resultados obtidos poderão ser apresentados em eventos científicos de âmbito nacional, internacional e divulgados em revistas científicas, preservando a identidade de seus participantes.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____ responsável pelo menor, _____, afirmo que li e compreendi a natureza o objetivo do estudo. Dou a minha permissão para o menor sob minha responsabilidade participar caso ele (a) deseje.

Pais ou responsáveis

___/___/___

Declaração da testemunha

Fui testemunha do menor e da assinatura do mesmo

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome _____

Assinatura _____

ANEXOS



ANEXO A - Carta de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do CCS/UFPE



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 015/2008 - CEP/CCS

Recife, 08 de fevereiro de 2008

Registro do SISNEP FR – 171102

CAAE – 0399.0.172.000-07

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 409/07

Título: “Transcender a finitude da vida. Solidariedade e doação de órgãos para transplantes: Visão de adolescentes de escolas públicas do Recife-PE”

Pesquisador Responsável: Ana Maria de Carvalho Monteiro

Senhora Pesquisadora:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, aprovando-o e liberando-o para início da coleta de dados em 07 de fevereiro de 2008.

Ressaltamos que o pesquisador responsável deverá apresentar relatório ao final da pesquisa (31/03/2009).

Atenciosamente

Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS/UFPE

A

Mestranda Ana Maria de Carvalho Monteiro
Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente – CCS/UFPE