



Español

Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Finitud y la donación de órganos en la visión de los enfermeros: estudio descriptivo

Bárbara Cristina de Aguiar Ernesto Virgínio¹, Cristina Lavoyer Escudeiro¹,
Bárbara Pompeu Christovam¹, Zenith Rosa Silvino¹,
Tereza Cristina Felipe Guimarães², Graciele Oroski³

¹ Universidade Federal Fluminense

² Instituto Nacional de Cardiologia y Central de Trasplante del Estado de Rio de Janeiro

³ Universidade Federal de Rio de Janeiro

RESUMEN

Objetivo: Describir la visión de los enfermeros acerca de la finitud en el proceso de donación de órganos en la unidad de terapia intensiva de un hospital trasplantador. **Método:** Estudio descriptivo, cualitativo, desarrollado con quince enfermeros de terapia intensiva. Se utilizó el *software* Alceste en el tratamiento de los datos, del cual emergió la categoría dimensión ontológica del cuidado frente a la finitud en el proceso de donación y captación de órganos. **Resultados:** Los enfermeros vivencian en su práctica una dialéctica entre la acción de la donación y el lidiar con la finitud a través del cuidado de enfermería prestado al potencial donante y familia. **Discusión:** El proceso de finitud se confronta con limitaciones en lo cotidiano, donde los enfermeros presentan dificultades en lidiar con el incógnito, el miedo diario de luchar contra la realidad de la muerte. **Conclusión:** Hay necesidad de repensar/revisar conceptos, la formación y desmitificar verdades institucionales en el lidiar con lo desconocido.

Descriptor: Enfermería; Mortalidad; Obtención de Tejidos y Órganos.

INTRODUCCIÓN

Con introducción del trasplante como opción terapéutica, el número de pacientes con posibilidades de tratamiento para afecciones anteriormente intratables aumentó significativamente en el país. Este hecho ha generado grandes filas de espera de órganos compatibles para trasplantes, pues el número de órganos disponibles no es suficiente para atender las necesidades de los pacientes en la fila del Sistema Nacional de Trasplantes⁽¹⁾. De acuerdo con la Asociación Brasileira de Trasplantes de Órganos, el aumento en los resultados estadísticos depende de estímulos de los sectores públicos locales, como el gobierno estadual, en la solución de una secuencia de pequeños obstáculos en la logística del proceso de identificación del potencial donante hasta la realización de los trasplantes, en la relación armónica entre los equipos y el compromiso de la coordinación del proceso⁽²⁾.

Se estima que de 1 a 4% de las personas mueren en hospitales y 10 a 15% de aquellos que mueren en unidades de cuidados intensivos son potenciales donantes. En Brasil, un estudio sobre las filas para trasplante en el Sistema Único de Salud (SUS) reveló que de cada ocho potenciales donantes, apenas uno es notificado, y 20% de estos se tornan donantes efectivos de múltiples órganos, lo que representa un agravante frente a las largas filas de espera por un trasplante en nuestro país⁽¹⁾. Se deduce que este acontecimiento aún ocurre debido al hecho de que a muerte encefálica, a pesar del progreso de la medicina, aún es un diagnóstico que se reviste de estigmas, pues interfiere en costumbres, valores y vivencias socioculturales, los cuales están asociados a una sentencia de muerte de forma inesperada y poco comprendida por la familia y por algunos profesionales de salud⁽³⁾.

Aunque la temática donación, captación y trasplante de órganos y tejidos aún sea un campo

nuevo y restricto de actuación para el enfermero, su participación en el equipo multidisciplinar involucra el desarrollo de actividades específicas relacionadas a la gestión del cuidado prestado al potencial donante y su familia. Esto en razón de la complejidad terapéutica envuelta en el proceso de donación y preparación para captación de órganos, que requiere una asistencia de enfermería sistematizada, cuya toma de decisión clínica esté pautada en evidencias clínicas.

El enfermero al gestionar el cuidado prestado al potencial donante y su familia vivencia una incomodidad debido al momento de luto y pérdida enfrentados por la familia y sus significados y/o convicciones sobre la temática⁽⁴⁾. Durante el proceso de morir en hospitales, se recomienda la necesidad de un nuevo modelo de cuidar, reconociendo la asociación entre enfermeros, médicos y familia en las situaciones de cuidado al final de vida⁽⁵⁾. El tema donación de órganos se relaciona directamente a valores éticos, sociales, morales y religiosos de como el individuo expresa en su visión de mundo, su comportamiento, actitudes, valores, emociones, manifestados en sus acciones en el contexto donde está insertado.

El proceso de donación y captación de órganos es permeado por valores socioculturales de los profesionales de salud, entre ellos el enfermero, que necesitan ser desvelados al encuentro en todo momento con la ambigüedad entre la vida y la finitud. A pesar del enfermero lidiar con la dualidad relacionada a la vida y la muerte en todo momento, se evidencia en la práctica y en la literatura científica del área de salud y de enfermería que la formación de los profesionales de esas áreas está centrada para la defensa de la vida y combate a la muerte⁽⁶⁾.

En el proceso de donación y captación de órganos para trasplante, se constata la dicotomía entre los términos vida y muerte, la cual es trabajada dentro de una esfera puramente

biologicista, causante de miedo, sufrimiento y frustración, en detrimento de un abordaje multifactorial determinada por aspectos biosocioculturales que influyen, directa e indirectamente, las acciones y emociones de todos los sujetos envueltos⁽⁶⁾.

Ante lo expuesto, el objetivo de este estudio fue describir la visión de los enfermeros acerca de la finitud en el proceso de donación y captación de órganos en una unidad de terapia intensiva (UTI) de un hospital trasplantador.

MÉTODO

Estudio de abordaje cualitativo, de tipo exploratorio-descriptivo, pues se utiliza del universo de los significados, de las aspiraciones, de los valores, creencias y actitudes de los enfermeros para explorar y describir como esos profesionales lidian con la finitud en el proceso de donación y captación de órganos en una UCI⁽⁷⁾.

El escenario de estudio fue una UCI de un hospital universitario localizado en el municipio de Niterói – Rio de Janeiro, inscrito como hospital trasplantador en el SUS. Presta atención de tercer y cuarto nivel de salud, prioritariamente a la población residente en la región Metropolitana II, la cual comprende siete municipios.

La recolección de datos ocurrió después de la aprobación del Comité de Ética e Investigación del referido hospital, sob nº CEP CMM/HUAP nº 279/11, obedeciendo a los criterios establecidos en la resolución 466/12. Los sujetos de esta investigación fueron 15 enfermeros actuantes en la institución estudiada que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: actuar en UCI mínimo hace un año; disponibilidad en participar del estudio; que estuvieran en actividad en el momento de la recolección.

La recolección de datos fue guiada por un itinerario de entrevista semiestructurado, reali-

zada individualmente y en local reservado en el propio sector. Las entrevistas fueron grabadas después de la firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido por los sujetos y, posteriormente, transcritas por el entrevistador garantizando el anonimato de ellos. Para tratamiento de los datos recolectados se optó por la adopción del referencial metodológico del Análisis Lexical considerada una modalidad de análisis de las relaciones, fundamentada en el análisis informatizado de repeticiones realizado por el *software* Alceste.

El Alceste es una técnica computarizada y también una metodología para el análisis de datos textuales. El programa realiza de forma automática, análisis lexical de contenido de texto(s) por medio de técnicas cuantitativas, utilizando el teste de Chi-cuadrado (X^2) para tratamiento de datos textuales. El Alceste opera con la condición de que, cuando el corpus del texto es producido por diferentes individuos, el discurso es analizado de diferentes formas, reproducido con el uso de un vocabulario propio, específico, que detecta diferentes “formas de pensar” sobre el fenómeno de interés⁽⁸⁾.

Así, con base en un diccionario propio del programa, el *corpus* de datos (las entrevistas transcritas de los sujetos en forma de textos), fue analizado y subdividido en unidades de contexto elementares (u.c.e), a partir de la identificación de las palabras que las caracterizan. Para una mejor comprensión de los discursos identificados por las unidades de contexto elementares, esta fue substituida por la sigla E seguida de una secuencia numérica. El análisis del Alceste es basada en las formas reducidas de esas palabras que forman el campo contextual. El campo contextual es definido como vocabulario específico de una clase característica de cierto tipo de contexto⁽⁸⁾. El *corpus* para análisis del Alceste debe ser consistente y homogéneo, y así lo es cuando presenta un porcentual de aprovechamiento de

su texto encima de 70%. En esta investigación, el aprovechamiento del *corpus* de las entrevistas fue de 72%. Cabe destacar que las charlas de los entrevistados son representadas en este estudio por las unidades de contexto elementares.

RESULTADOS

Entre los 15 enfermeros entrevistados, la media de edad varió de 30 a 50 años, con prevalencia de profesionales del sexo femenino (n=12). En lo que se refiere al vínculo laboral en la institución estudiada, 87% son estatutarios y 13% contratados. Las contrataciones temporarias se hacen necesarias en razón de la carencia de funcionarios en Régimen Jurídico Único y para las substituciones de jubilaciones y vacantes en el servicio público.

En cuanto al tiempo de trabajo en terapia intensiva 70% presentan menos de 10 años, 40% más de 10 años y 27% poseen menos de 5 años; 80% actúan en otra institución de salud.

En lo que se refiere al tiempo de conclusión del curso de graduación, 73% de los profesionales están formados hace más de 10 años. Del total de los entrevistados, 76% presentan pos-graduación *Lato Sensu* en terapia intensiva y 24% en área no específica para el cuidado de alta complejidad. Otro aspecto para destacar es que 80% de los entrevistados desean ser donantes de órganos y tejidos para trasplante.

Cabe destacar que, en este estudio, los datos presentados se refieren a la parte de los resultados de la Disertación de Maestría, del Programa de Maestría Profesional en Enfermería Asistencial de la Universidad Federal Fluminense, titulada *Gerencia del Cuidado de Enfermería en el Proceso de Notificación de Muerte Encefálica en una Unidad de Terapia Intensiva - La construcción de un flujograma gerencial*. En este sentido, el contexto semántico que forma la cuarta clase re-

sultante del empleo de la metodología Alceste al *corpus* de análisis de esta investigación, aborda la visión de los enfermeros acerca de la finitud que permea el proceso de donación y captación de órganos, el cual es presentado, a seguir.

Dimensión ontológica del cuidado frente a la finitud en el proceso de donación y captación de órganos

Los enfermeros que actúan en UTI vivencian en su práctica diaria una dialéctica entre la donación y el lidiar con la finitud a través del diagnóstico de muerte encefálica en el cuidado de enfermería prestado al potencial donante y familia. En este sentido, la dialéctica no es apenas una oposición entre el vivir y el morir, es un proceso que trasciende la etapa de la finitud del ser humano. En este proceso, el enfermero vivencia una dialéctica, o sea, una dualidad al confrontarse con la muerte a partir del diagnóstico de muerte encefálica y la necesidad de mantener hemodinámicamente aquellos órganos viables para trasplante. Conforme muestran las u.c.e que siguen.

Eu acho que hay gente que está viva, pero dependiendo de tejido, pero parcialmente muertas para generaciones sociales. Usted tiene que enfrentar que la finitud de uno, si bien entendida, se puede transformar en la sobrevida de muchos, y sobrevida que yo digo es volver a la vida, volver a tener actividad de vida plena. (E7)

[...] significa algo bastante importante, porque usted está propiciando la continuación de una vida, y la familia de la persona que está donando, ella también se va a sentir de alguna forma útil, la pérdida de ella yo pienso que va ser amenizada [...] (E9)

Las u.c.e que siguen muestran como los enfermeros perciben el proceso de donación de órgano, a partir de lo que es vivenciado por los familiares de potenciales donantes.

[...] en el momento del dolor, de sufrimiento de la muerte, todo lo que usted quiere es que acabe rápido; dona, saca, va y vuelve; salvo que usted se alimente con esta esperanza de que parte del cuerpo o partes del cuerpo estarán vivas en otras personas, y acaban siendo esa el sustentáculo de la razón de la donación de órganos para las personas, eso es conocimiento [...] (E7)

[...] tener el tiempo para pensar, tener un tiempo para discutir, tener un tiempo para preparar para firmar un término sin culpa en el momento de sufrimiento, dentro del proceso, yo pienso eso, el resto es técnica, el resto es cuidado. (E7)

[...] La adhesión de las personas, el involucramiento con esa visión de donación de órganos y captación de órganos, entonces yo pienso, que todo mundo debería pasar por ese proceso, facilitaría bastante. (E11)

Para muchos profesionales la donación de órganos trasciende por aspectos relacionados a la religión y estos interfieren en la toma de decisión y o reflexión acerca de la donación, así como en el enfrentamiento de situaciones envolviendo la muerte y el morir.

[...] El cuerpo tiene la vida, pero siendo cristiano, yo creo que San Paulo ya decía, dividía bien el cuerpo; en cuerpo, alma, espíritu, donde alma es aquello

que da vida al cuerpo, usted tiene la psique, la mente, y usted tiene el cuerpo, entonces esa muerte encefálica, usted cesa esa mente que da vida al cuerpo, ese cuerpo deja de vivir para nosotros [...] (E12)

Hay gente que no dona porque cree que va hacer falta para el ciudadano en una resurrección y que hacer ahí? Son cuestionamientos religiosos filosóficos que usted tiene. (E7)

Los enfermeros como parte integrante del equipo de salud expresan en sus charlas la dificultad en lidiar con situaciones limítrofes de cuidado de mayor complejidad, pues envuelven el proceso de muerte-morir.

[...] todo profesional de salud no viene aquí para trabajar con muerte, las personas creen que vienen aquí para vencerla, eso no es objeto de nuestro trabajo, nuestro objeto del trabajo aquí, es buena asistencia de enfermería, en detrimento del resultado [...] (E7)

[...] perdida para familia o para el equipo, que algunas veces invertimos en aquel paciente y siempre con el objetivo de recuperación. Entonces, en el caso de una muerte encefálica, yo veo como fin de una vida de una etapa terrena, vamos colocar así, y puede ser el comienzo de una vida, de otro nivel, de otra persona que está en la dependencia de un órgano [...] (E9)

La muerte real, todo y cualquier ser humano consciente o inconscientemente desde su primer respirar, sabe que es inevitable pasar por el proceso de muerte en el transcurrir de su

vida. Los enfermeros apuntan, en las u.c.e que se siguen, su visión acerca de la muerte natural y fisiológica del cuerpo y el proceso de donación:

[...] queda y aguanta quedar; aquellos amigos de la primera semana, los próximos de la primera semana, usted sabe que no quedan. Entonces, lo bueno es que las personas piensen en eso antes de que se candidatean a no donar, yo creo que donar es hasta importante por eso también, porque en el final es carne. (E7)

[...] cuando las funciones cerebrales ya no existen más, a pesar de que los signos vitales aún persistan, y ahí, entonces, cuando no tiene más actividad cerebral, de ahí es muerte encefálica. (E9)

[...] en vez de usted salvar solo una vida, usted acaba ayudando varias otras personas. Muerte encefálica es a partir del momento en que usted diagnostica que el paciente no tiene ninguna actividad cerebral. (E13)

La gestión del cuidado realizado por el enfermero en el proceso de donación y captación de órganos y tejidos involucra acciones para además de las instrumentales o técnicas de cuidado con el cuerpo. Esto es, se realizan también acciones indirectas cuya finalidad es ofrecer un cuidado sistematizado y de calidad al potencial donante y su familia a la medida que sentimientos, creencias y valores culturales y religiosos sobre finitud y muerte impregnan ese proceso, conforme muestran las u.c.e que siguen:

[...] como yo trabajo en el hospital donde la captación de órganos genera

vida, nosotros tenemos un cuidado muy especial. Cuando usted tiene un paciente en muerte encefálica, y que es un potencial donante, yo veo aquel paciente de los dos lados; [...] (E12)

[...] El dueño de mi cuerpo, ya no soy más dueño de mí, entonces lo que la gente tiene que trabajar no son las personas que quieren donar y ser donantes, la gente tiene que trabajar la familia preventivamente. (E7)

DISCUSIÓN

Para mejor comprensión y discusión del contexto temático que emergió de las entrevistas, es necesario, inicialmente, abordar las concepciones teóricas utilizadas en este estudio sobre los términos dimensión, ontológica y finitud. En esta perspectiva, dimensión significa todo plano, grado o dirección en el cual se pueda efectuar una investigación o realizar una acción^(9:327). Se entiende por ontológica la visión de mundo de cada ser humano, su modo de pensar, vivir sus relaciones e interacciones, la cual envuelve el significado del saber, hacer y ser de cada sujeto⁽⁸⁾.

Hablar de la finitud humana y las implicaciones para el cuidado a ser dirigido por el enfermero nos remite a la concepción filosófica del término, la cual envuelve cuestiones relacionadas a la muerte, vulnerabilidad y protección del ser humano. La condición humana de ser finito es incontestable, pues todos nacen, viven y mueren. Siendo así, vida y muerte deben ser consideradas como dos procesos inseparables y distintos de la existencia humana, los cuales son mediados por situaciones de finitud también llamadas de vulnerabilidad⁽¹⁰⁾.

En este sentido, la finitud significa temporalidad, pues vivenciar el proceso de vivir y morir, en la condición de vulnerabilidad hace parte de la experiencia humana, esto es, todo ser vivo es sometido a los efectos devastadores del tiempo, lo que lo tornaría de alguna forma consciente de su temporalidad en el mundo^(8,10).

Así, la dimensión ontológica del cuidado frente a la finitud en el proceso de donación y captación de órganos son las variaciones cualitativas, grados o direcciones, en las cuales el cuidado de enfermería se manifiesta o puede ser conducido por el enfermero al depararse con la situación de vulnerabilidad vivenciada por los potenciales donantes y sus familiares, llevándolos a vivenciar una dialéctica en su praxis. La dialéctica está en el hecho de el enfermero, en el actuar profesional, tener de articular la racionalidad en el acto de la donación y captación, y comprender su importancia como posibilidad de salvar o aumentar la sobrevivencia de pacientes con falencias orgánicas⁽⁴⁾ y el lidiar con los sentimientos, creencias y valores de la familia de un potencial donante.

En este contexto, la donación de órganos en su dimensión ontológica puede ser definida como un proceso que expresa un confronto de esperanza de vida en relación a la muerte, a través de los significados y de sus experiencias, revelando la manera concreta como es el ser humano. Ya que el hombre es definido como un ser que presenta valores, sentimientos, conciencia y capacidad de pensar y de relacionarse en su realidad social. El enfermero al elaborar y comunicar las representaciones de los familiares recurre a sus propias experiencias afectivas y cognitivas y a los significados socialmente constituidos en el espacio de los grupos en los cuales se encuentra inserido. Por tanto, se puede identificar, a través del análisis de las representaciones de un grupo, los valores, conductas, creencias, ideologías, contradicciones e intereses, aspectos esenciales

para comprensión del comportamiento social y la lectura de la realidad que lo rodea⁽¹¹⁾.

En este sentido, para muchos profesionales y familiares de potenciales donantes, la donación de órganos atraviesa por paradigmas relacionados a aspectos religiosos, que interfieren en la tomada de decisión y o reflexiones acerca de la donación, mostrando que la fe religiosa influencia la capacidad de enfrentamiento de situaciones envolviendo la muerte y el morir⁽¹²⁾. Formalmente, no hay ninguna religión que prohíba la donación o recibimiento de órganos o contra trasplante de donantes vivos o fallecidos. La verdad, se puede inferir que las creencias culturales se oponen más a la donación de órganos que a las creencias religiosas⁽¹³⁾, pues, para la mayoría de las religiones, el significado de la muerte se asocia a las nociones de una vida posterior o alguna forma de continuación de existencia. Por tanto, en el proceso de morir, la intervención tecnológica ha exigido una condición ética, filosófica y clínicamente utilizada, equivalente a los conceptos religiosos, que eran, varias veces, definidos en términos de partida del alma o pérdida del soplo de vida⁽⁴⁾.

Los valores morales, éticos y religiosos están directamente asociados a la donación de órganos, remiten el individuo a reflexionar sobre la cuestión de finitud, su relación con cuerpo, sentimientos, incertezas pos muerte. Asociados a esos valores hay una representatividad del cuerpo, como separación entre lo material e el espiritual. En este aspecto, la donación es repleta de significados no solo para los familiares, pero también para los profesionales de salud con sus convicciones personales con respecto del enfrentamiento ante la muerte.

El proceso de muerte-morir se confronta con limitaciones en lo cotidiano en la unidad de terapia intensiva, donde los profesionales insertados en este contexto presentan dificultades en lidiar con lo incógnito, el miedo diario de luchar

contra la realidad de la muerte. Esa dificultad se ancla en el hecho de que muchos profesionales de salud y familiares no tienen claridad del significado de muerte encefálica, lo que interfiere en la toma de decisión y operacionalización de las etapas del proceso de notificación de muerte encefálica y en el enfrentamiento de lidiar con lo que no puede ser vencido.

El enfermero necesita estar insertado en la cultura de los trasplantes para que el proceso de notificación de muerte encefálica no sea distorsionado, aliado al conocimiento científico, lidiando con la finitud del cuerpo, de modo que la familia del potencial donante este insertada en todo proceso. En este contexto, el enfermero insertado en el proceso de notificación de muerte encefálica debe comprender que la muerte encefálica significa la parada de las funciones cardiorrespiratorias y encefálicas, incluyendo la parada del tronco encefálico, o sea, a pesar del cuerpo del potencial donante ser mantenido hemodinámicamente, este estado de muerte es irreversible⁽¹²⁾.

Entretanto, es inevitable no penetrar por la relación muerte-morir; el enfermero toma para sí el lidiar con el hecho de la muerte real y la dicotomía en convivir con los significados de morir en cuanto ser, al mismo tiempo encarar sus puntos frágiles, incomodidades y límites en este vasto universo de verdades que envuelven la muerte y la finitud del ser humano, en el proceso de cuidar⁽¹⁴⁾.

Así, todo ser humano desde su nacimiento, su existir, es acompañado por lo imaginario de la muerte, entendiendo que esta hace parte de la finitud del ser, en la cual la vida se encierra. La muerte es la indeleble certeza de la condición humana, aunque casi siempre recalcada, constituyendo intrínseca peculiaridad del *Homo sapiens*, el único viviente que tiene la consciencia de su propia finitud⁽¹⁵⁾.

Entretanto, la muerte para el ser humano puede representar otras significaciones además

del acto de morir, asociado a valores y a sentidos dependientes del contexto social y cultural e histórico, envolviendo aspectos semejantes a la finitud, o sea, la muerte en vida. La enfermedad coloca el individuo en contacto con su fragilidad y finitud, separándolo de sus actividades rutinarias, posibilitando la ocurrencia de parálisis y dolor, de tal modo, el individuo se percibe en cuanto ser mortal a lo largo de la vida⁽¹⁶⁾.

En esta perspectiva, se desprende que el proceso de donación y captación de órganos y tejidos también es complejo para los profesionales involucrados en el cuidado al potencial donante, a la medida que movilizan sentimientos, creencias y valores culturales y religiosos sobre finitud y muerte. El cuidado al potencial donante y su familia va además de la preparación del cuerpo cadáver. Un cuerpo que es preparado y mantenido para el proceso de donación y posterior captación de órganos para trasplante envuelve acciones instrumentales y expresivas de cuidado⁽⁸⁾ permeadas por cuestiones éticas, legales, de respeto a decisión de donación de la persona en vida, de concientización de la importancia de la donación, esclarecimiento sobre lo que es la muerte encefálica, respeto y humanización al potencial donante y su familia. Este proceso se ampara en la ley 9.434/97, que dispone sobre la remoción de órganos, tejidos y partes del cuerpo humano para fines de trasplante y en la Portaria 2.600/09 que aprueba el Reglamento Técnico del Sistema Nacional de Trasplantes^(17,18).

El proceso de donación y captación de órganos requiere del enfermero el desarrollo de habilidades cognitivas, analítica, comportamental y de acción, pues posibilita a la comprensión de las particularidades de los individuos y la categorización de los problemas. Subsidia, aún, la toma de decisiones, evaluación del contexto y necesidades de salud de los individuos, familia y comunidad, planeamiento y evaluación del

ambiente terapéutico, recursos materiales, equipamientos y el capital humano necesario a la producción del cuidado de enfermería. Además, en ese contexto, es posible entender el comportamiento humano y establecer relaciones de intercambio y ayuda frente a la situación de finitud y muerte inherente al proceso de donación^(8,12). En este sentido, se destaca la importancia de los profesionales de enfermería, principalmente aquellos que actúan en servicios de urgencia y emergencia o en unidades de terapia intensiva, estar preparados para actuar en cualquiera de las etapas del proceso de donación⁽¹⁹⁾.

CONCLUSIÓN

Los enfermeros vivencian en su práctica, la dialéctica entre la acción de la donación y el lidiar con la finitud, una vez que el proceso de donación remite a varios significados para la familia y profesionales de salud frente a sus convicciones personales de enfrentamiento de la muerte. El proceso de donación nos remite al hecho de lidiar con incomodidad de experimentar, de forma muy próxima, la pérdida, el sufrimiento del otro, el incógnito y el fin de una vida.

Hay necesidad de repensar, revisar algunos conceptos, analizar las prácticas de formación del enfermero, desmitificar las propias verdades institucionales de cómo lidiar con lo desconocido, lo oculto. Insertar la cultura de los trasplantes de órganos es comprender que es parte del proceso de cuidar, ya que la gestión del cuidado se inicia con el acogimiento de la familia del potencial donante, la manutención de este potencial donante, y el encaminamiento del donante elegible, y su término se hace con el acogimiento de la familia en el retorno del cuerpo de su ente querido. La muerte aún es un asunto velado e la donación de órganos y tejidos es un tema que nos desafía a enfrentarla.

El estudio deriva de cuestiones importantes y actuales a la medida que trae un campo nuevo y limitado para actuación del profesional enfermero, que necesita desarrollar competencias para gestionamiento del cuidado prestado al potencial donante, acerca de la sistematización de la asistencia, bien como una reevaluación de los procesos de trabajo de los enfermeros en nivel institucional. Este estudio presenta también una relevancia social, pues el proceso de donación de órganos y tejidos envuelve acciones de gestión del cuidado del enfermero y de otros profesionales en una perspectiva social y ética, abarcando las dimensiones de ciudadanía, política y de la politicidad del cuidado junto a las familias y al potencial donante.

CITAS

1. Liberato SMD, Mendonça AEO, Freire ILS, Dantas RAN, Torres GV. Nursing care of the potential donor of organs after brain death: integrative review. *J Nurs UFPE online*. [serial on the Internet]. 2012; [cited 2013 Jan 03]; 6(10):2521-6. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2733/pdf_1543
2. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição. Registro Brasileiro de Transplantes. 2012 Jan/Set; Ano XVIII nº 3.
3. Souza DM, Soares EO, Costa KMS, Pacífico ALC, Parente ACM. The nurse's experience with the desath and dying process among oncology patients. *Text Context Enferm*. [serial on the Internet]. 2009; [cited 2014 Jan 14]; 18 (1):41-7. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-511393>
4. Roza BA, Garcia VD, Barbosa SFF, Mendes KDS, Schirmer J. Organ and tissues donation: relation with the body in our society. *Acta Paul. Enferm* [serial on the Internet]. 2010; [Cited 2012 May 5]; 23(3):417-422. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/en_v23n3a17.pdf

5. Vedotto D, Silva R. Humanization with the family in the intensive care unit: a descriptive study online Brazilian Journal of Nursing [serial on the Internet]. 2011; [Cited 2012 May 5]; 9(3). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3135>
6. Lima MGR, Nietsche EA, Santos SC, Teixeira JA, Bottega JC, Nicola GDO, et al. Revisão integrativa: um retrato da morte e suas implicações no ensino acadêmico. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012; 33(3):190-7.
7. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MC, organizadora. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* 29ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2010. p. 79-108.
8. Christovam BP, Porto IS, Oliveira DC. Nursing care management in hospital settings: the building of a construct. *Rev Esc Enferm USP* [serial on the Internet]. 2012; [Cited 2012 May 5]; 46(3):734-41. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en_28.pdf
9. Abbagnano N. *Dicionário de Filosofia. Tradução e revisão de Ivone Castilho Benedetti.* 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2007.
10. Cunha AS. Finitude humana: a perplexidade do homem diante da morte. *Rev. Eletrônica UNESP.* 2010; 3(1) 183-194
11. Feliciano CR. O homem e suas representações sobre a morte e o morrer: um percurso histórico. *Rev. Multidisciplinar da UNIESP.* 2008; 6:73-80.
12. Kluber-Ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes. 9ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2008.
13. Moraes EL, Massarollo MCKB. Reasons for the family members' refusal to donate organ and tissue for transplant. *Acta Paul Enferm* [serial on the Internet]. 2009; [Cited 2012 May 5]; 22(2):131-5. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/en_a03v22n2.pdf
14. Silva, Juliana Dalcin Donini e; Sales, Catarina Aparecida. From the imaginary to reality: the experience of bereaved parents. *Rev. RENE* [serial on the Internet]. 2012; [Cited 2012 May 6] 13(5):1142-1151. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/76/pdf>
15. Carvalho PRA, Azevedo NSG. Quando quem morre é a criança. In: Santos FS. *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer.* São Paulo: Atheneu; 2009. p.165-79.
16. Santos EM, Sales CA. Familiares enlutados: compreensão fenomenológica existencial de suas vivências. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(esp):214-22.
17. Brasil. Decreto Lei nº 2.268. Regulamenta a Lei nº 9.434 de 4 fev. 1997. *Diário Oficial da União.* Brasília; 1997. p. 13739. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1997/D2268.htm
18. Brasil. Portaria Portaria Nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. [acesso em 20 de out de 2010]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html
19. Rockembach JV, Casarin ST, Siqueira HCH. Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento. *Rev Rene.* 2010; 11(2):63-71.

Participación de los autores

Bárbara Cristina de Aguiar Ernesto Virgínio colaboró en la formulación del problema de investigación, realizó recolección y análisis de datos y elaboró la versión final del artículo.

Cristina Lavoyer Escudeiro analizó los datos y contribuyó en la elaboración del artículo y en su revisión y aprobación final de la versión a ser publicada.

Bárbara Pompeu Christovam colaboró en la definición del diseño metodológico, analizó los datos y contribuyó en la elaboración del artículo en su revisión crítica y relevante para aprobación final de la versión a ser publicada.

Zenith Rosa Silvino colaboró en el análisis e interpretación de los datos, y la redacción del artículo.

Tereza Cristina Felipe Guimarães colaboró en el análisis e interpretación de los datos, en la redacción del artículo.

Graciele Oroski colaboró en el análisis e interpretación de los datos, en la redacción del artículo.

Recibido: 22/01/2013

Revisado: 07/01/2014

Aprobado: 17/01/2014