

# Sentidos e significados da doação de órgãos para familiares de pacientes com Morte Encefálica

*Meanings and significance of organ donation for family members of patients with Brain Death*

Nathalie Campana de Souza<sup>1</sup>, Endric Passos Matos<sup>1</sup>, Lucas Benedito Fogaça Rabito<sup>1</sup>, Nataly Cristine dos Santos Oliveira Delmondes<sup>1</sup>, Rejane Santos Barreto<sup>2</sup>, Rafaely de Cássia Nogueira Sanches<sup>1</sup>, Mayckel da Silva Barreto<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-2898202614910834P

**RESUMO** O estudo objetivou compreender os sentidos e significados da doação de órgãos para familiares que vivenciaram o processo de Morte Encefálica. Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, com entrevistas semiestruturadas realizadas com dez familiares de doadores potenciais, analisadas pelo software IRaMuTeQ. Os resultados evidenciaram que a comunicação clara e empática da equipe multiprofissional é central para a compreensão do processo e para a aceitação do diagnóstico de Morte Encefálica, influenciando diretamente a decisão sobre a doação. Foram identificadas cinco dimensões principais relacionadas à experiência familiar: a importância da comunicação, o processo de aceitação da Morte Encefálica, a compreensão técnica do diagnóstico, o dilema entre dor e altruísmo na doação e a dimensão social e familiar do ato de doar. A doação de órgãos emergiu como possibilidade de ressignificação do luto e de consolidação de uma morte digna, transformando a dor da perda em ato de solidariedade. O estudo contribui para aprimorar as práticas de abordagem familiar e destaca a necessidade de suporte psicológico e comunicação qualificada, fundamentais para fortalecer as políticas públicas de doação de órgãos no Brasil.

**PALAVRAS-CHAVE** Morte Encefálica. Luto. Transplante de órgãos.

**ABSTRACT** *This study aimed to understand the meanings and significance of organ donation for family members who experienced the process of Brain Death. It is a qualitative, descriptive, and exploratory research using semi-structured interviews with ten potential donor family members, analyzed with IRaMuTeQ software. Results highlighted that clear and empathetic communication by the multidisciplinary team is central for understanding the process and accepting the brain death diagnosis, directly influencing the decision to donate. Five main dimensions were identified regarding the family experience: the importance of communication, the process of accepting brain death, the technical understanding of the diagnosis, the dilemma between grief and altruism in donation, and the social and family dimension of the act of donating. Organ donation emerged as a possibility for reframing grief and achieving a dignified death, transforming the pain of loss into an act of solidarity. This study contributes to improving family approach practices and highlights the need for psychological support and qualified communication, which are essential to strengthen public organ donation policies in Brazil.*

**KEYWORDS** *Brain Death. Bereavement. Organ transplantation.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Maringá (UEM) - Maringá (PR), Brasil.  
nathaliecampana.nc@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Santa Cruz (Uesc) - Ilhéus (BA), Brasil.

## Introdução

A doação de órgãos e tecidos para transplante representa uma das mais significativas conquistas da medicina moderna, constituindo-se como uma terapêutica que oferece esperança de vida e melhoria da qualidade de vida para milhares de pacientes em todo o mundo<sup>1</sup>. No Brasil, o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) coordena um dos maiores programas públicos de transplantes do mundo, tendo alcançado, em 2024, o recorde histórico de mais de 30.000 procedimentos realizados, demonstrando o crescimento e a consolidação dessa modalidade terapêutica no País<sup>2</sup>.

Apesar dos avanços significativos, a demanda por órgãos e tecidos para transplante continua superando amplamente a oferta disponível, configurando-se como um problema de saúde pública global<sup>3</sup>. No contexto brasileiro, aproximadamente 78.000 pessoas aguardam atualmente por um transplante, sendo os órgãos mais demandados o rim (42.838 pacientes), a córnea (32.349 pacientes) e o fígado (2.387 pacientes)<sup>2</sup>. Essa disparidade entre oferta e demanda evidencia a necessidade urgente de compreender e otimizar todos os aspectos do processo de doação, especialmente aqueles relacionados à decisão familiar.

A Morte Encefálica (ME) constitui o principal cenário para a doação de órgãos sólidos, sendo definida como a cessação completa e irreversível das funções cerebrais e do tronco encefálico. No Brasil, o diagnóstico de ME é regulamentado pela Resolução nº 2.173/2017 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que estabelece critérios rigorosos e protocolos específicos para sua confirmação, garantindo a segurança e a precisão diagnóstica<sup>4,5</sup>. Esse protocolo compreende uma sequência de etapas clínicas e laboratoriais padronizadas, incluindo dois exames clínicos realizados por médicos diferentes com intervalo mínimo de uma hora, teste de apneia e exame complementar confirmatório<sup>6</sup>.

O processo de comunicação do diagnóstico de ME às famílias representa um dos

momentos mais delicados e complexos de todo o processo de doação. Nesse contexto, os familiares se encontram em uma situação de extrema vulnerabilidade emocional, enfrentando, simultaneamente, o luto pela perda do ente querido e a necessidade de tomar uma decisão sobre a doação de órgãos<sup>7</sup>. A literatura científica evidencia que, antes de considerar a doação de órgãos, os familiares devem, primeiro, aceitar e compreender que seu ente querido está em ME, processo esse que constitui um pré-requisito fundamental para o consentimento à doação<sup>8</sup>.

A decisão familiar sobre a doação de órgãos é influenciada por múltiplos fatores complexos e interrelacionados. Estudos recentes demonstram que o conhecimento sobre ME está associado a menores níveis de luto nas famílias doadoras, sugerindo a importância fundamental da educação e do esclarecimento adequado durante o processo. Além disso, fatores como a causa da ME, a idade do doador, o tempo decorrido desde a doação, o grau de parentesco com o falecido e a existência de manifestação prévia de vontade de doação influenciam significativamente a experiência do luto e a decisão familiar<sup>8</sup>.

No contexto brasileiro, a autorização familiar é obrigatória para a realização da doação de órgãos, mesmo quando o falecido havia manifestado em vida sua intenção de ser doador<sup>9</sup>. Essa particularidade legal torna a abordagem e o acolhimento das famílias elementos cruciais para o sucesso do processo de doação. Dados nacionais recentes indicam que, em 2024, 55% das famílias entrevistadas autorizaram a doação de órgãos de seus entes queridos, representando um aumento em relação aos anos anteriores, mas ainda evidenciando que aproximadamente metade das famílias opta pela recusa<sup>2</sup>.

A negativa familiar constitui um dos principais obstáculos para a efetivação da doação de órgãos no Brasil e no mundo<sup>10</sup>. Estudos epidemiológicos regionais demonstram variações significativas nas taxas de consentimento familiar, com algumas regiões apresentando índices de recusa superiores a 57%, enquanto

outras alcançam taxas de aceitação superiores a 75%<sup>11</sup>. Essas disparidades regionais evidenciam a influência de fatores culturais, socioeconômicos, educacionais e organizacionais na decisão familiar, destacando a necessidade de estratégias diferenciadas e contextualizadas para cada realidade local.

O impacto emocional da doação de órgãos nas famílias doadoras tem sido objeto de crescente interesse científico. Pesquisas recentes revelam que 89,1% das famílias doadoras experimentam níveis moderados a severos de luto, sendo o componente ‘culpa’ o que apresenta maior intensidade, seguido pela ‘busca por explicações’ e ‘reações somáticas’<sup>8</sup>. Esses achados evidenciam a complexidade do processo de luto vivenciado pelas famílias doadoras e a necessidade de suporte psicológico especializado durante e após o processo de doação.

O Modelo Dual-Process de Luto, proposto por Stroebe e Schut<sup>12</sup>, oferece uma estrutura teórica importante para compreender a adaptação das famílias à perda. Esse modelo destaca a interação dinâmica entre estratégias de enfrentamento orientadas para a perda (processamento do luto e reconhecimento da dor emocional) e estratégias orientadas para a restauração (adaptação à vida sem o falecido)<sup>8</sup>. No contexto da doação de órgãos, esse modelo pode auxiliar na compreensão de como as famílias navegam entre o luto pela perda e a busca de significado através do ato altruísta da doação.

A equipe multiprofissional de saúde desempenha papel fundamental no processo de abordagem familiar para doação de órgãos. A literatura evidencia que a qualidade da comunicação, o timing da abordagem, a sensibilidade cultural e o suporte emocional oferecido pela equipe influenciam significativamente a decisão familiar<sup>13</sup>. Nesse contexto, a enfermagem assume papel de destaque, atuando no cuidado direto ao paciente em ME, no suporte às famílias e na coordenação do processo de doação<sup>14</sup>.

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) representa uma estrutura organizacional

fundamental para a otimização do processo de doação nos hospitais brasileiros. Essas comissões são responsáveis pela identificação de potenciais doadores, pela condução do protocolo de ME, pela abordagem familiar e pela coordenação com as Organizações de Procura de Órgãos (OPOs)<sup>15</sup>. A atuação efetiva das CIHDOTTs tem demonstrado impacto positivo nas taxas de identificação de doadores e na qualidade do processo de doação.

O protocolo Spikes (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy) tem sido amplamente utilizado como ferramenta para estruturar a comunicação de más notícias em saúde, incluindo o diagnóstico de ME<sup>16</sup>. Esse protocolo enfatiza a importância de criar um ambiente adequado, avaliar a percepção da família sobre a situação, obter permissão para compartilhar informações, fornecer conhecimento de forma clara e empática, responder às emoções e desenvolver estratégias de seguimento<sup>17</sup>.

A dimensão espiritual e cultural da doação de órgãos constitui aspecto fundamental que deve ser considerado no processo de abordagem familiar. Diferentes tradições religiosas e culturais apresentam perspectivas variadas sobre a morte, o corpo e a doação de órgãos, influenciando as decisões familiares<sup>18</sup>. A sensibilidade cultural da equipe de saúde e a inclusão de líderes espirituais no processo de suporte às famílias podem contribuir significativamente para a qualidade do cuidado oferecido.

O conceito de ‘morte digna’ assume particular relevância no contexto da ME e da doação de órgãos. Para muitas famílias, a possibilidade de que a morte de seu ente querido possa salvar outras vidas confere significado e propósito à perda, contribuindo para o processo de elaboração do luto<sup>19</sup>. Essa dimensão altruísta da doação pode representar uma fonte de conforto e esperança para as famílias enlutadas.

A tecnologia e a inovação têm contribuído para aprimorar diversos aspectos do processo de doação de órgãos. Sistemas informatizados de gestão, protocolos de comunicação padronizados e ferramentas de suporte à decisão têm

demonstrado potencial para otimizar a identificação de doadores, melhorar a qualidade da abordagem familiar e reduzir o tempo entre o diagnóstico de ME e a efetivação da doação<sup>20</sup>.

Diante desse contexto complexo e multifacetado, torna-se evidente a necessidade de compreender profundamente as experiências, os sentimentos e significados atribuídos pelas famílias ao processo de doação de órgãos após a ME. Assim, este estudo tem como objetivo compreender os sentidos e significados da doação de órgãos para familiares que vivenciaram o processo de ME, buscando valorizar a voz e a perspectiva desses familiares por meio de uma abordagem qualitativa. Dessa forma, pretende-se oferecer subsídios para o aprimoramento das práticas assistenciais e para o fortalecimento das políticas públicas relacionadas à doação de órgãos no Brasil.

## Material e métodos

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, delineado a partir do imaginário coletivo de familiares que vivenciaram o processo de ME, e pelos sentidos e significados atribuídos por estes à doação de órgãos. As recomendações do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq) foram seguidas para atender ao rigor científico.

Os participantes deste estudo foram familiares de pacientes que tiveram desfecho de ME. Para a seleção de indivíduos, foi considerada uma listagem obtida no banco de dados da Organização de Procura de Órgãos (OPO) de Maringá, que é um serviço responsável por organizar e coordenar a captação de doadores de órgãos e tecidos nos hospitais situados na sua área de abrangência (15<sup>a</sup> região de saúde), sob a gerência da Central Estadual de Transplantes do Estado do Paraná (CET/PR). A OPO forneceu uma lista de contato, constando nome e telefone dos familiares para que os investigadores realizassem uma aproximação inicial e formalizassem o convite para participar do estudo.

Como critério de inclusão, foram considerados os familiares com maioridade (> 18 anos) e que eram familiares de pessoa falecida por ME. Foram excluídos aqueles que apresentavam barreira na comunicação e os que residiam em municípios com mais de 35 km de distância de Maringá, em virtude das dificuldades de deslocamento dos pesquisadores.

A fase de coleta de dados desenvolveu-se entre os meses de setembro a dezembro de 2023, e foi sistematizada em quatro momentos: 1º) busca de autorização prévia da OPO Maringá e CET/PR; 2º) obtenção dos contatos dos familiares que tiveram seus entes falecidos por ME, no período de setembro de 2022 a março de 2023; 3º) realização de contato telefônico com familiares para agendamento prévio das entrevistas presenciais; 4º) Aplicação da técnica de entrevista semiestruturada.

A aplicação das entrevistas foi realizada em dia, horário e locais de escolha do participante, a exemplo de domicílios e praças públicas. As entrevistas foram conduzidas pela investigadora principal, que tem expertise na temática e experiência em coleta de dados, enfermeira especialista em urgência e emergência e que possui contato direto com processos de diagnósticos de ME, incluindo experiência profissional como integrante da equipe multiprofissional da CIHDOTT de um hospital universitário, sem, contudo, possuir qualquer vínculo prévio com os potenciais participantes do estudo.

As entrevistas foram conduzidas com base em um instrumento composto por questões de caracterização do familiar (idade, sexo, profissão, escolaridade, religião e grau de parentesco), seguido da seguinte pergunta disparadora: Você pode me contar como foi para você vivenciar a ME e o processo de doação de órgãos?

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, e, posteriormente, arquivadas, garantindo que o material empírico coletado permanecesse disponível para consultas futuras, se necessário. Essa catalogação ficará sob a guarda dos pesquisadores e será descartada

após um período de cinco anos. Contudo, os arquivos de áudio foram devidamente destruídos após a etapa de análise dos dados. O critério de saturação de dados foi utilizado para encerramento da coleta de dados, tendo como base a repetição de ideias e de informações, e quando não foram encontradas novas temáticas no conteúdo dos discursos.

Cabe destacar que a seleção dos participantes ocorreu a partir de uma lista inicial de 42 familiares potenciais, fornecida pela OPO. Destes, dez efetivaram a participação. As perdas amostrais deveram-se a 16 recusas por desconforto emocional em abordar a temática do luto, quatro exclusões por critérios de distância geográfica (residência superior a 35 km da sede da pesquisa) e 12 impossibilidades de contato por dados cadastrais desatualizados.

É relevante salientar que a interrupção da coleta de dados não se deu apenas pela exaustão da lista de potenciais participantes, mas pelo alcance da saturação teórica. O processo foi balizado pela repetição sistemática das informações e pela ausência de novos temas analíticos durante as entrevistas, assegurando que o quantitativo alcançado foi suficiente para o adensamento teórico e a compreensão profunda do fenômeno investigado, conforme preconiza a metodologia qualitativa.

Após a transcrição integral das entrevistas, foi iniciado o processo de pré-análise do material empírico coletado, reunindo todas as respostas em um *corpus* único. Esse *corpus* foi composto a partir das contribuições de 10 participantes, cujas falas foram identificadas e codificadas em variáveis específicas, garantindo a organização dos dados. Com base nesse mapeamento, as respostas foram agrupadas individualmente em linhas de comando, assegurando que cada participante tivesse sua fala devidamente reconhecida pelo IRaMuTeQ®, um *software* de análise qualitativa, que identifica, segmenta e processa o conteúdo, permitindo a realização de inferências estatísticas e textuais robustas e coerentes com os objetivos da pesquisa.

Nesse sentido, por meio da análise de similitude realizada pelo IRaMuTeQ®, foram

reveladas conexões léxicas entre os termos, permitindo visualizar redes de sentido. Assim, o mapa de similitude gerado pela análise do *corpus* representa graficamente as relações de coocorrência entre as palavras mais frequentes no *corpus*. Deste modo, os dados foram organizados em *clusters* e representados por cores distintas, facilitando a visualização e interpretação dos agrupamentos léxicos.

Com relação aos aspectos éticos, o presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, sendo aprovado com parecer nº 6.199.261. A coleta de dados só foi realizada mediante os esclarecimentos de objetivos e risco, seguida do consentimento e da assinatura pelos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias. Para garantir o anonimato dos participantes, adotou-se a codificação: letra E, seguida da sequência numérica da entrevista (Ex: E1).

## Resultados e discussão

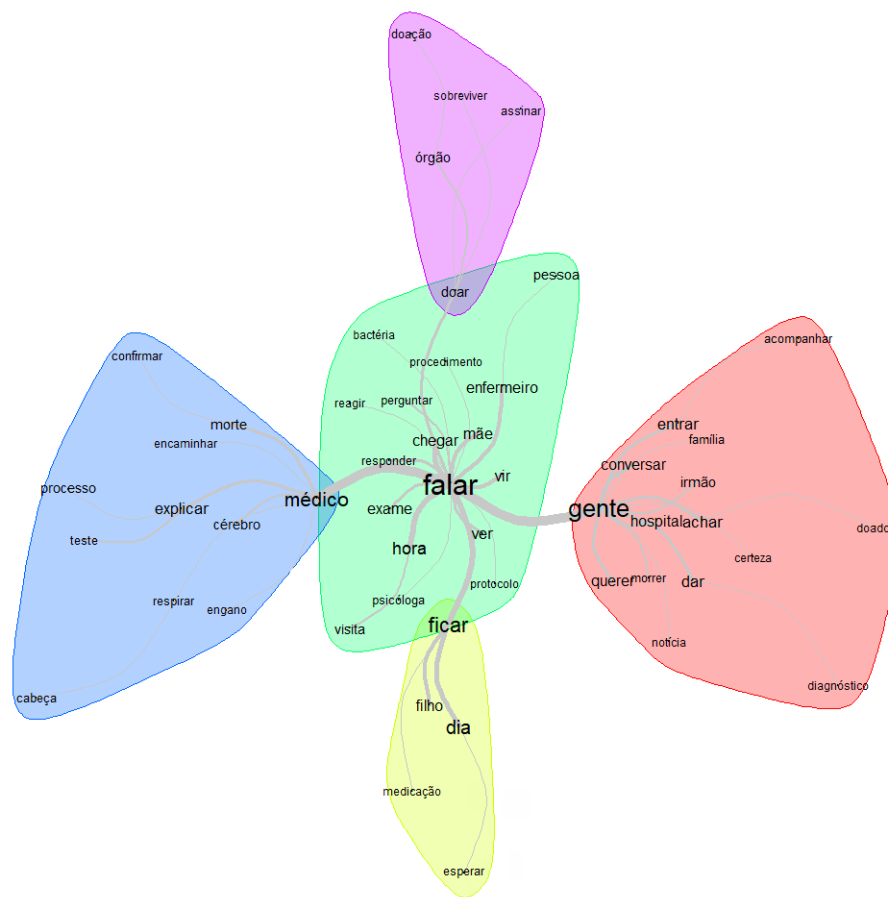
Os achados deste estudo revelam a complexidade multidimensional da experiência vivenciada por familiares durante o processo de ME e doação de órgãos, evidenciando aspectos que transcendem a simples decisão de autorizar ou recusar a doação. A análise do *corpus* textual, por meio do IRaMuTeQ®, permitiu gerar um mapa de similitude composto por cinco *clusters* principais, isto é, um conjunto de palavras que possuem coocorrências mais expressivas que representam diferentes dimensões dessa experiência, as quais corroboram a literatura internacional, que destaca a natureza multifacetada desse processo<sup>21</sup>.

Para essa etapa, foram consideradas  $n = 181$  coocorrências, identificadas no *corpus* com  $score \geq 3$ . As dez palavras com maior número de coocorrências no *corpus* foram: falar ( $n = 14$ ); enfermeiro ( $n = 14$ ); exame ( $n = 13$ ); cérebro ( $n = 12$ ); explicar ( $n = 11$ ); morrer ( $n = 10$ ); gente ( $n = 9$ ); ficar ( $n = 9$ ); médico ( $n = 9$ ); psicólogo ( $n = 6$ ).

A representação gráfica do mapa de similitude, apresentada na figura a seguir, ilustra essas conexões e facilita a compreensão dos

termos mais recorrentes e suas associações dentro do *corpus*.

Figura 1. Mapa de similitude das palavras com maior proximidade gerada pelo software IRaMuTeQ®



Fonte: elaboração própria baseada no processamento do *corpus* textual pelo software IRaMuTeQ®, 2025.

### A centralidade da comunicação no processo de doação

Na representação gráfica do mapa de similitude, observa-se que o termo ‘falar’ emergiu como elemento central, organizando e conectando os demais núcleos temáticos, o que evidencia a importância fundamental da comunicação durante todo o processo de ME e doação de

órgãos. Assim, o claustre representado pela cor verde reflete o momento inicial de comunicação da abertura do protocolo de ME. Nele, destacam-se palavras como ‘exame’, ‘hora’, ‘vir/chegar/ver’, ‘procedimento’, ‘protocolo’, ‘perguntar’, ‘responder’, ‘reagir’, ‘psicóloga’, ‘enfermeiro’, ‘mãe’ (abarcando a dimensão família), ‘visita’ e ‘pessoa’, que se interrelacionam e indicam questões relacionadas ao

protocolo, um processo que engloba abordagem multiprofissional à família, esclarecimentos sobre as etapas, testes e procedimentos. Observemos nos discursos a seguir:

*[...] a gente teve aquela reunião que vem todos, psicólogo, enfermeiro, médico. Eles relataram realmente que a possibilidade de morte encefálica era muito grande. Ficamos sem saber como reagir e o que responder (E4).*

*Nós jamais imaginamos que isso pudesse acontecer. Estávamos anestesiados com todas as informações passadas por uma médica, uma enfermeira e uma psicóloga. Avisaram que um neuro iria chegar para realizar alguns procedimentos e exames (E10).*

*[...] eu pensava que tinha jeito, quando o médico falou que não tinha jeito, que se ela vivesse, ia viver numa cama, e a gente ia ter que tá cuidando, aí terminou assim. Ficamos desolados (E3).*

Esse achado alinha-se com estudos recentes que demonstram que a qualidade da comunicação entre a equipe de saúde e as famílias constitui um dos fatores mais determinantes para a decisão sobre doação<sup>22</sup>. A literatura internacional corrobora essa perspectiva, indicando que famílias que recebem informações claras, empáticas e oportunas apresentam maior probabilidade de consentir a doação<sup>23</sup>.

A abordagem multiprofissional identificada nos discursos dos participantes, envolvendo médicos, enfermeiros e psicólogos, reflete as melhores práticas recomendadas pela literatura científica. Estudos demonstram que a participação de diferentes profissionais no processo de comunicação com as famílias contribui para uma abordagem mais holística e humanizada, atendendo às diversas necessidades emocionais, informacionais e espirituais dos familiares<sup>24</sup>. A presença do psicólogo, especificamente mencionada pelos participantes, evidencia o reconhecimento da dimensão emocional complexa envolvida no processo, corroborando recomendações que enfatizam a importância do suporte psicológico especializado<sup>25</sup>.

O protocolo Spikes encontra ressonância nos relatos dos participantes, especialmente no que se refere à necessidade de avaliar a percepção das famílias sobre a situação e responder adequadamente às suas emoções<sup>26</sup>. A fala de E4 (“ficamos sem saber como reagir e o que responder”) ilustra a importância de reconhecer e acolher as reações emocionais das famílias, proporcionando tempo e espaço adequados para o processamento das informações.

## O processo de aceitação da ME

Ao retornar ao mapa de similitude, verifica-se que o núcleo central ‘falar’, por sua vez, distribui-se em três diferentes agrupamentos de palavras (subnúcleos), representadas pelos léxicos ‘ficar’, ‘médico’ e ‘doar’.

O termo ‘ficar’, primeiro subnúcleo fortemente associado às palavras ‘filho, dia, medicação, esperar’, indica a dimensão temporal e emocional do processo de aceitação da ME, vivenciada pelas famílias durante a suspensão de sedativos e início dos testes de confirmação do diagnóstico. Vejamos:

*[...] aí eles falaram: ‘a gente vai agora tirar os sedativos, agora tem 24 horas para ele reagir. Se ele não reagir, a gente vai constatar’. Ficamos sem chão (E2).*

*Uma enfermeira explicou como funcionava o processo. Optamos por saber só no fim pra não ficarmos mais angustiados, e tínhamos esperança ainda, né? (E8).*

Os relatos evidenciam que as famílias vivenciam um período de intensa expectativa e esperança durante a suspensão dos sedativos e a realização dos testes confirmatórios. Esse intervalo configura o que a literatura caracteriza como luto antecipatório, fenômeno no qual os familiares iniciam o processo de elaboração da perda antes mesmo da confirmação oficial do óbito. Nesse estágio, o ente querido, embora clinicamente em processo de ME, permanece vivo no imaginário familiar devido

à manutenção do suporte vital, gerando uma ambivalência entre a iminência da morte e a fantasia da recuperação<sup>27</sup>.

Sob essa ótica, o processo pode ser interpretado à luz do Modelo Dual-Process de Luto, de Stroebe e Schut<sup>28</sup>. Esse modelo teórico, que destaca a oscilação entre estratégias de enfrentamento orientadas para a perda e para a restauração, oferece uma estrutura para compreender como as famílias navegam entre a negação alimentada pelo luto antecipatório e a gradual aceitação da realidade irreversível da ME<sup>8</sup>. A compreensão desse luto prévio é fundamental, pois o suporte psicológico adequado nesse momento pode facilitar a transição para o luto real após o diagnóstico definitivo.

A fala de E2 (“*ficamos sem chão*”) exemplifica a intensidade emocional desse momento de transição, quando a esperança de recuperação é confrontada com a realidade médica. A opção de E8 por “*saber só no fim pra não ficarmos mais angustiados*” ilustra diferentes estratégias de enfrentamento adotadas pelas famílias, evidenciando a necessidade de abordagens individualizadas e respeitadas às preferências de cada família.

### A compreensão médica e técnica do processo

O subnúcleo ‘médico’, representado pelo *cluster* azul no mapa, é composto pelos termos ‘explicar, cérebro, teste, engano, respirar, processo, encaminhar, morte, confirmar’. Reflete a dimensão técnica e científica do diagnóstico de ME, assim como o processo de compreensão das famílias acerca das etapas do protocolo e do preparo para o desfecho final. Esse desfecho envolve o desligamento dos aparelhos e a suspensão das drogas de manutenção cardiovascular, aspectos que se evidenciam nos discursos analisados.

*O primeiro e o segundo exame não tiveram nenhuma resposta, aí teria outro exame, não lembro o nome, aquele que joga o contraste lá no cérebro pra ver se tem vida ou não, daí o médico*

*me explicou sobre os testes, e a resposta do cérebro, confirmando a morte cerebral (E4).*

*[...] levaram ele para fazer uma tomografia. O cérebro dele estava muito inchado, [...] aí foi onde eles falaram que poderia ser que o cérebro dele não estava funcionando mais. Foi bem difícil ouvir isso, saber que meu filho de 22 anos estava nessa situação (E7).*

*Eu cheguei para a visita, daí foi confirmada a morte encefálica, e o médico perguntou se eu queria acompanhar o processo de desligar a medicação. Eu disse que queria, daí ele liberou e ficamos na UTI. Eu, a tia dele e o filho mais velho fizemos uma oração, e esperamos (E9).*

Os relatos dos participantes confirmam a importância da explicação clara e detalhada dos procedimentos médicos, corroborando diretrizes que enfatizam a necessidade de comunicação transparente sobre os critérios diagnósticos<sup>29</sup>.

A menção de E4 ao “*exame que joga o contraste lá no cérebro*” refere-se, provavelmente, à angiografia cerebral ou outros métodos de neuroimagem utilizados como exames complementares, demonstrando que as famílias retêm informações específicas sobre os procedimentos realizados. A literatura científica enfatiza que a compreensão adequada do conceito de ME pelas famílias é fundamental para a aceitação do diagnóstico e, consequentemente, para a decisão sobre a doação<sup>30</sup>. Estudos demonstram que famílias com melhor compreensão sobre ME apresentam menores níveis de conflito interno e maior satisfação com a decisão tomada, independentemente de terem optado pela doação ou recusa<sup>31</sup>.

### O dilema altruísta da doação

O subnúcleo, claustre roxo, representado pelo termo ‘doar’, é composto pelos léxicos ‘órgão, assinar, sobreviver, doação’, e expressa o dilema moral e emocional das famílias, o luto pelo ente e o altruísmo pela decisão de doação, conforme apontado nos discursos:

*Eu não queria ver ele na situação, mesmo com uma tristeza profunda e um pouco de revolta pela situação. Foi de boa-fé, eu sei que alguém estava precisando, né? Aí eu concordei (E2).*

*Eu queria que eles (a equipe) lutassem, sim! Daí, eu falei, 'não tem mais jeito né?' Eles falaram 'não!' Então nós resolvemos doar os órgãos (E1).*

*Estava meio cega naquele dia, o coração dilacerado. Conversaram sobre o que tinha acontecido e da situação que ele tinha uma saúde boa, que todos os órgãos dele estavam bons pelos exames e que tinha chance de ajudar muitas pessoas (E4).*

Os relatos revelam a coexistência de sentimentos aparentemente contraditórios: tristeza profunda pela perda e satisfação altruísta pela possibilidade de ajudar outras pessoas. Essa dualidade emocional é consistente com a literatura que descreve a doação de órgãos como um processo que pode, simultaneamente, intensificar e amenizar o sofrimento das famílias<sup>32</sup>.

A fala de E2 (“*mesmo com uma tristeza profunda e um pouco de revolta pela situação, foi de boa-fé*”) ilustra perfeitamente essa ambivalência emocional. Estudos demonstram que sentimento de revolta e questionamento são reações normais no processo de luto, e que a possibilidade de transformar a perda em um ato de solidariedade pode contribuir para a elaboração do luto e a busca de significado na experiência<sup>33</sup>.

O conceito de ‘morte digna’ assume particular relevância nesse contexto. Para muitas famílias, a doação de órgãos representa uma forma de conferir propósito e significado à morte do ente querido, transformando uma experiência de perda em uma oportunidade de salvar vidas<sup>34</sup>. A expressão de E6 (“*foi espontâneo, um gesto bonito*”) reflete essa dimensão transformadora da doação, que pode contribuir para o processo de elaboração do luto.

A literatura internacional identifica o altruísmo como um dos principais motivadores para a doação de órgãos, sendo frequentemente

citado pelas famílias como fator decisivo na autorização<sup>35</sup>. No contexto brasileiro, onde a autorização familiar é obrigatória, independentemente da manifestação prévia do falecido, esse aspecto altruísta assume importância ainda maior, pois a decisão recai inteiramente sobre os familiares<sup>36</sup>.

## **A dimensão social e familiar da experiência**

Por sua vez, o claustre rosa do mapa de similitude, representado pelo termo ‘gente’, evidencia a dimensão social e relacional da experiência de doação. Os léxicos associados (‘conversar, entrar, família, irmão, hospital, achar, querer, morrer, dar, notícia, certeza, diagnóstico, doador, acompanhar’) revelam a importância das redes de apoio social e familiar durante o processo. Esse subnúcleo expressa o momento de despedida e os significados da doação de órgãos. Vejamos:

*Liberaram para todos os amigos e familiares que quisessem entrar. A gente estava esperando só pra fazer a última parte do processo, mas decidimos por doação. Uma parte dele estaria existindo de alguma forma (E9).*

*Eles [a equipe médica] fecharam o diagnóstico e falaram que minha mãe realmente morreu, e aí eles perguntaram se a gente aceitaria que ela doasse os órgãos. Aceitei e assinei o termo, eu e minha irmã. Cremos que ela estaria ajudando outras pessoas, foi espontâneo, um gesto bonito (E6).*

*[...] às vezes, por mais que doa, eu falo pro meu filho mais novo que tudo na vida tem um lado bom e um lado ruim, e a única certeza que a gente tem que a gente vai morrer. Não sabemos o dia, então acho que doar é esse lado bom, ajudar outras pessoas que precisam (E4).*

*Esperei concluir os testes, mas já sabia que eu queria doar, porque era uma vontade dele também (E5).*

A possibilidade de despedida mencionada por E9 (“*Liberaram para todos os amigos e familiares que quisessem entrar*”) destaca a importância dos rituais de despedida no processo de elaboração do luto. Estudos demonstram que a oportunidade de se despedir adequadamente do ente querido contribui significativamente para a qualidade do processo de luto e para a satisfação das famílias com a experiência hospitalar<sup>37</sup>.

A tomada de decisão compartilhada, evidenciada no relato de E6 (“*Aceitei e assinei o termo, eu e minha irmã*”), reflete a natureza coletiva da decisão sobre doação de órgãos. Pesquisas indicam que decisões tomadas em consenso familiar tendem a gerar menor conflito posterior e maior satisfação com a escolha realizada<sup>38</sup>.

### **Implicações para a prática clínica e políticas públicas**

Os achados deste estudo têm importantes implicações para a prática clínica e para o desenvolvimento de políticas públicas relacionadas à doação de órgãos. A centralidade da comunicação evidenciada nos resultados reforça a necessidade de investimento na capacitação dos profissionais de saúde em habilidades de comunicação, especialmente no que se refere à comunicação de más notícias e abordagem de famílias em situação de luto<sup>39</sup>.

A implementação de protocolos estruturados de comunicação baseados em evidências científicas, como o protocolo Spikes, pode contribuir para a padronização e melhoria da qualidade da abordagem familiar<sup>40</sup>. Além disso, a garantia de suporte psicológico especializado durante todo o processo, conforme evidenciado pela presença do psicólogo nos relatos dos participantes, deve ser considerada componente essencial dos programas de doação de órgãos.

A educação da população sobre ME e doação de órgãos emerge como estratégia fundamental para melhorar as taxas de consentimento familiar. Campanhas educativas que abordem

não apenas os aspectos técnicos da doação, mas também as dimensões emocionais e espirituais envolvidas, podem contribuir para desmistificar o processo e reduzir medos e preconceitos<sup>41</sup>.

### **Limitações e perspectivas futuras**

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A amostra foi restrita a uma região do Brasil, limitando a generalização para outras realidades socioculturais, e a coleta de dados ocorreu em um período específico, sem captar variações ao longo do tempo. Pesquisas futuras poderiam explorar diferenças regionais considerando fatores socioculturais, econômicos e organizacionais, além de utilizar estudos longitudinais para acompanhar a evolução do luto e os impactos da decisão sobre a doação de órgãos. O uso de metodologias mistas e a inclusão de diferentes membros da família e profissionais de saúde podem ampliar a compreensão dos fatores que influenciam a decisão familiar e os desfechos emocionais associados.

### **Considerações finais**

Este estudo proporcionou uma compreensão aprofundada dos sentidos e significados atribuídos por familiares à experiência de doação de órgãos no contexto da ME, revelando a complexidade multidimensional desse processo que transcende a simples decisão de autorizar ou recusar a doação. Através da análise qualitativa do discurso de familiares que vivenciaram essa experiência, foi possível identificar cinco dimensões principais que caracterizam essa vivência: a centralidade da comunicação, o processo de aceitação da ME, a compreensão médica e técnica do diagnóstico, o dilema altruísta da doação e a dimensão social e familiar da experiência.

A comunicação emergiu como elemento central e organizador de toda a experiência, evidenciando que a qualidade da interação

entre a equipe de saúde e as famílias constitui fator determinante não apenas para a decisão sobre doação, mas também para a qualidade do processo de luto e elaboração da perda. Os achados demonstram que famílias que recebem informações claras, empáticas e oportunas, através de uma abordagem multiprofissional que inclui médicos, enfermeiros e psicólogos, apresentam melhor compreensão do processo e maior satisfação com a experiência, independentemente da decisão tomada sobre a doação.

O processo de aceitação da ME revelou-se como uma jornada emocional complexa, caracterizada pela oscilação entre esperança e realidade, negação e aceitação. Os familiares vivenciam um período de expectativa durante a realização dos testes confirmatórios, em que estratégias de enfrentamento orientadas para a perda e para a restauração se alternam dinamicamente. Essa compreensão tem implicações

importantes para a prática clínica, sugerindo a necessidade de abordagens individualizadas que respeitem o tempo e as estratégias de enfrentamento específicas de cada família.

## Contribuições de autoria

Souza NC (0000-0001-7384-3154)\*, Sanches RCN (0000-0002-1686-7595)\* e Barreto MS (0000-0003-2290-8418)\* contribuíram para elaboração e aprovação da versão final do manuscrito. Matos EP (0000-0003-3807-4702)\*, Rabito LBF (0000-0003-3807-4702)\*, Delmondes NCSO (0009-0007-5470-0140)\* e Barreto RS (0000-0002-2973-0272)\* contribuíram para análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Sistema Nacional de Transplantes: doação de órgãos e tecidos para transplante. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024.
2. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2025. Brasil bate recorde de transplantes e anuncia medidas para modernizar sistema e aumentar doações; 2025 jun 4 [atualizado em 2025 jun 11; acesso em 2026 jan 19]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/junho/brasil-bate-recorde-de-transplantes-e-anuncia-medidas-para-modernizar-sistema-e-aumentar-doacoes>
3. Latifi M, Pourhosein E, Rahban H, et al. Exploring grief and acceptance: experiences and needs of family members of deceased organ donors. SAGE Open Med. 2025;13:20503121251333973. DOI: <https://doi.org/10.1177/20503121251333973>
4. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 2.173, de 23 de novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 dez 15; Seção I:264.
5. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; © 2025. Morte encefálica: protocolo e critérios diagnósticos; 2025 [acesso em 2026 jan 19]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/snt/morte-encefalica>
6. Brito D. Novos critérios definem morte encefálica e afetam doação de órgãos. Agência Brasil [Internet]. 2017 dez 12 [acesso em 2026 jan 19]; Geral. Dispo-

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- nível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-12/novos-criterios-definem-morte-encefalica-e-afetam-doacao-de-orgaos>
7. Powla PP, Turaka D, Fakhri F. Alleviating the emotional burden on families during organ donation requests in neurologic patients declared with brain death: the role of timing and circumstances of death. *Arch Public Health*. 2025;83:66. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13690-025-01559-7>
  8. Latifi M, Pourhosein E, Talebian MT, et al. Impact of organ donation on grief symptoms in donor families. *BMC Psychol*. 2025;13:555. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02896-6>
  9. Presidência da República (BR). Lei nº 9.434, de 4 de 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, Brasília, DF*. 1997 fev 5; Seção I:2191.
  10. Laboissière P. Doação de órgãos: conheça exigências e tire dúvidas sobre transplantes. Agência Brasil [Internet]. 2024 set 27 [acesso em 2026 jan 19]; Saúde. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2024-09/doacao-de-orgaos-conheca-exigencias-e-tire-duvidas-sobre-transplantes>
  11. Silva JM, Santos RB, Oliveira LC. Cenário da doação de órgãos e tecidos para transplante pós-morte na 16ª Região de Saúde/RS. *Braz J Transplant*. 2024;26(1):511. DOI: <https://doi.org/10.53855/bjt.v26i1.511.PORT>
  12. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud*. 1999;23(3):197-224. DOI: <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
  13. van Oosterhout SPC, van der Niet AG, Abdo WF, et al. Family concerns in organ donor conversations: a qualitative embedded multiple-case study. *Crit Care*. 2024;28:434. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13054-024-05198-2>
  14. Fagundes C. Acolher o luto dos familiares é fundamental na captação de órgão para transplantes. *Portal Cofen* [Internet]. 2024 set 17 [acesso em 2026 jan 19]; Notícias. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/acolher-o-luto-dos-familiares-e-fundamental-na-captacao-de-orgao-para-transplantes/>
  15. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 5.612, de 23 de outubro de 2024. Dispõe sobre a execução da Resolução GMC nº 25/23, de 14 de setembro de 2023, do Grupo Mercado Comum, que aprova os requisitos de boas práticas para diagnóstico de morte encefálica. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2024 out 24; Seção I:82. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/10/2024&jornal=515&pagina=82&totalArquivos=184>
  16. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11. DOI: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
  17. Palliative Care Network of Wisconsin (US). Discussing organ donation with families [Internet]. Madison: Palliative Care Network of Wisconsin; 2024 [acesso em 2026 jan 19]. Disponível em: <https://www.mypcnow.org/fast-fact/discussing-organ-donation-with-families/>
  18. Stouder DB, Schmitt TM, Ross SS, et al. Spiritual and cultural considerations in pediatric palliative care. *Palliat Support Care*. 2012;10(1):13-9. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951511001027>
  19. BC Transplant. Giving grieving families a voice through organ donation [Internet]. Vancouver: BC Transplant; 2024 [acesso em 2026 fev 2]. Disponível em: <http://www.transplant.bc.ca/>
  20. Silva FA, Vieira EMS, Silva ACR. Morte encefálica e equipe de enfermagem: desafios e saberes. *Rev FT*. 2024. DOI: <https://doi.org/10.69849/revistaft/ar10202412200928>
  21. Potter JE, Perry L, Elliott RM. Bereaved family members' perspectives of their organ donation decision.

- Transplant Proc. 2024;56(8):2832. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2024.02.832>
22. Pengel LHM, Mazarello-Paes V, Paredes-Zapata D, et al. The experiences of clinical staff approaching families for organ donation consent. *Patient Educ Couns.* 2025;122:357. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.trre.2025.100935>
  23. Ralph A, Sandona P, Misur M, et al. Potential donor family behaviours, experiences and decisions. *Prog Transplant.* 2024;34(2):106-14. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103816>
  24. Charles L, Dukelow T, Shaw D. A constructivist grounded theory on organ donation conversations. *PLoS One.* 2024;19(4):e0312462. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0312462>
  25. Iltis AS, Denny B. First-person authorization and family objections to organ donation. *J Med Philos.* 2025;50(3):212-24. DOI: <https://doi.org/10.1093/jmp/jhaf008>
  26. Organ Donation Alliance. Essential 4: the donation conversation [Internet]. Washington, DC: Organ Donation Alliance; 2024 [acesso em 2026 jan 19]. Disponível em: <https://www.organdonationalliance.org/>
  27. Nuevo ALG, Rocha TC. O que pode a psicologia hospitalar diante da morte encefálica na UTI: um relato de experiência. *Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago"*. 2021;7:e7000037. DOI: <https://doi.org/10.22491/2447-3405.2021.V7.7000037>
  28. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: a decade on. *Omega (Westport).* 2010;61(4):273-89. DOI: <https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b>
  29. Barros MA, Kessler IM. Panorama Atual do Diagnóstico de Morte Encefálica no Brasil: Papel da Ultrassonografia Doppler Transcraniana. *Braz J Transplant.* 2023;26:e1323. DOI: [https://doi.org/10.53855/bjt.v26i1.502\\_PORT](https://doi.org/10.53855/bjt.v26i1.502_PORT)
  30. Donor Alliance. What is brain death? Key facts for organ donation [Internet]. Denver: Donor Alliance; 2024 [acesso em 2026 jan 19]. Disponível em: <https://www.donoralliance.org/understanding-donation/about-donation/what-is-brain-death/>
  31. Nova Scotia Health. Max's gift: grief, love, and the legacy of organ donation [Internet]. Halifax: Nova Scotia Health; 2025 [acesso em 2026 jan 19]. Disponível em: <https://www.nshealth.ca/>
  32. Silva PLS, Oliveira AF, Ramos VR. Transplante de órgãos no Brasil: desafios e possibilidades. *ÍAN-DÉ.* 2024;990. DOI: <https://doi.org/10.36942/ian-dev.8i1.990>
  33. Qualicorp. Conscientização sobre a doação de órgãos e a importância do consentimento familiar [Internet]. São Paulo: Qualicorp; 2024 [acesso em 2026 jan 19]. Disponível em: <https://www.qualicorp.com.br/>
  34. Escola Paulista de Direito. Doação de órgãos no Brasil: o que diz a lei? [Internet]. São Paulo: Escola Paulista de Direito; 2025 [acesso em 2026 jan 19]. Disponível em: <https://www.epd.edu.br/>
  35. Deutsche Welle. Desinformação dificulta doação de órgãos no Brasil [Internet]. Bonn: Deutsche Welle; 2024 [acesso em 2026 jan 19]. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/>
  36. Parque Renascer [Internet]. Belo Horizonte: Parque Renascer; © 2024. Descubra como é o processo de doação de órgãos no Brasil. 2017 dez 19 [acesso em 2026 jan 19]. Disponível em: <https://parquerenascer.com.br/ descubra-como-e-o-processo-de-doacao-de-orgaos-no-brasil/>
  37. Galvão L. UFF responde: doação de órgãos. Universidade Federal Fluminense [Internet]. 2024 set 19 [acesso em 2026 jan 19]; Notícia. Disponível em: <https://www.uff.br/19-09-2024/uff-responde-doacao-de-orgaos/>
  38. Jornal Nacional. Transplantes: famílias brasileiras têm se recusado mais a fazer doação de órgãos. G1 [Internet]. 2025 abr 10 [acesso em 2026 jan 19]

Notícia. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2025/04/10/transplantes-familias-brasileiras-tem-se-recusado-mais-a-fazer-doacao-de-orgaos.ghhtml>

39. Nascimento ACF, Santos MCF, Santana BP, et al. Diagnóstico de morte encefálica: desafios e manejo na comunicação aos familiares. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2024;6(7):2061-78. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n7p2061-2078>
40. Enfermagem Ilustrada. Cuidados com o paciente em morte encefálica ou suspeita de morte encefálica [Internet]. São Paulo: Enfermagem Ilustrada; 2025 [acesso em 2026 jan 19]. Disponível em: <https://enfermagemilustrada.com/>

41. Lima FSSL, Barbosa RS, Drumond C. O papel do enfermeiro na sensibilização da doação de órgãos em casos de morte encefálica no Brasil. *Rev Librum Accessum*. 2024;16(2):e16. DOI: <https://doi.org/10.29327/2417778.16.2-16>

---

Recebido em 06/07/2025

Aprovado em 11/02/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Maria Lucia Frizon Rizzotto, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7877904356698023> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3152-1362> - e-mail: [marialuciarizzotto@gmail.com](mailto:marialuciarizzotto@gmail.com)