

# Entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos: pressupostos de uma boa prática

*Family interview for organ and tissue donation: good practice assumptions*

*Entrevista familiar para la donación de órganos y tejidos: supuestos de buenas prácticas*

**Neide da Silva Knhis<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-0639-2829

**Sabrina Regina Martins<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-0846-5227

**Aline Lima Pestana Magalhães<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-8564-7468

**Saulo Fábio Ramos<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-4389-5452

**Camila Telemberg Sell<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0001-6991-348X

**Clarice Koerich<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0002-0977-928X

**Laura Calvacanti de Farias Brehmer<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-9965-8811

<sup>I</sup>Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis,  
Santa Catarina, Brasil.

<sup>II</sup>Hospital Governador Celso Ramos. Florianópolis,  
Santa Catarina, Brasil.

<sup>III</sup>Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário  
Polyodoro Ernani de São Thiago. Florianópolis,  
Santa Catarina, Brasil.

## Como citar este artigo:

Knhis NS, Martins SR, Magalhães ALP, Ramos SF, Sell CT,  
Koerich C, et al. Family interview for organ  
and tissue donation: good practice assumptions.  
Rev Bras Enferm. 2021;74(2):e20190206.  
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0206>

## Autor Correspondente:

Sabrina Regina Martins  
E-mail: [sabrinamartins0704@gmail.com](mailto:sabrinamartins0704@gmail.com)



## RESUMO

**Objetivos:** identificar informações que possam subsidiar a elaboração de pressupostos de boas práticas para o desenvolvimento da entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos. **Métodos:** *scoping study*, realizado em dois hospitais brasileiros da Região Sul, entre abril e dezembro de 2017, incluiu revisão integrativa e consulta a 15 famílias que vivenciaram a entrevista para doação de órgãos. Utilizou-se a análise de conteúdo e o modelo de entrevista familiar de Alicante para análise dos dados. **Resultados:** consolidaram-se três categorias: comunicação da morte, que mostra a necessidade de conhecer a história da hospitalização do paciente; apoio emocional, a equipe deve ter domínio das etapas do luto; informação sobre doação, o profissional precisa conhecer as etapas do processo de doação e respeitar o tempo da família. **Considerações Finais:** os pressupostos para melhores práticas apontam a necessidade de capacitação da equipe, o respeito ao tempo da família e o uso de linguagem simples.

**Descritores:** Transplante; Entrevista; Família; Obtenção de Tecidos Órgãos; Enfermagem.

## ABSTRACT

**Objectives:** to identify information that can support creating good practice assumptions to develop family interview for organ and tissue donation. **Methods:** this scoping study, conducted in two Brazilian hospitals in the southern, between April and December 2017, included integrative review and consultation with 15 families who experienced interview for organ donation. For data analysis, thematic content analysis was used. **Results:** three categories emerged: communication of death, which shows the need to know the history of hospitalization of patients; emotional support, the team must have mastery of the stages of mourning; information about donation, professionals need to know the stages of the donation process and respect families' time. **Final Considerations:** good practice assumptions point to the need for team training, respect for family time and the use of simple language.

**Descriptors:** Transplantation; Interview; Family; Tissue and Organ Procurement; Nursing.

## RESUMEN

**Objetivos:** identificar información que pueda apoyar el desarrollo de supuestos de buenas prácticas para el desarrollo de entrevistas familiares para la donación de órganos y tejidos. **Métodos:** estudio de alcance, realizado en dos hospitales brasileños de la Región Sur, entre abril y diciembre de 2017, incluyó revisión integradora y consulta a 15 familias que vivieron la entrevista de donación de órganos. Para el análisis de datos se utilizó el análisis de contenido y el modelo de entrevista familiar de Alicante. **Resultados:** se consolidaron tres categorías: comunicación de la muerte, que muestra la necesidad de conocer la historia de la hospitalización del paciente; apoyo emocional, el equipo debe tener dominio de las etapas del duelo; información sobre la donación, el profesional necesita conocer las etapas del proceso de donación y respetar el tiempo familiar. **Consideraciones Finales:** los supuestos para las mejores prácticas apuntan a la necesidad de capacitación en equipo, respeto por el tiempo en familia y el uso de un lenguaje sencillo.

**Descriptorios:** Transplante; Entrevista; Familia; Obtencción de Tejidos y Órganos; Enfermería.

EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho  
EDITOR ASSOCIADO: Elucir Gir

Submissão: 05-06-2019 Aprovação: 30-12-2020

## INTRODUÇÃO

A entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos é considerada uma das etapas mais complexas do processo de doação de órgãos e tecidos. Trata-se de um encontro e/ou reunião com membros da família do potencial doador de órgãos e tecidos depois de constatada a morte, a qual envolve etapas distintas relacionadas à comunicação da morte, apoio emocional e informação sobre doação de órgãos<sup>(1-2)</sup>. A entrevista para doação de órgãos é considerada um momento de extrema importância no processo de doação e um dos mais difíceis para os profissionais, considerando que, durante a entrevista, família e profissionais estão vulneráveis, abalados e fragilizados emocionalmente devido à perda do familiar e do paciente que estava sob seus cuidados<sup>(3-7)</sup>.

Durante as etapas da entrevista, tanto família como equipe perpassam por momentos únicos, ímpares, os quais envolvem a informação sobre o início do protocolo de diagnóstico de Morte Encefálica (ME), resultados dos exames do diagnóstico clínico, comunicação da morte e possibilidade da doação de órgãos<sup>(7-9)</sup>. Nesse percurso doloroso, vivenciam o estado de vulnerabilidade inerente à condição humana, a finitude. Para além desta condição, há, ainda, outros elementos que podem acentuar a vulnerabilidade dessas pessoas enquanto ser social: a equipe, frente à responsabilidade profissional e moral em informar sobre a doação de órgãos, e a família, por estar diante da decisão da doação<sup>(3-4,10)</sup>.

A condição vulnerável dessas pessoas poderá acarretar sofrimento físico, emocional, social e/ou espiritual. Emergem valores éticos, morais, religiosos e culturais na comunicação da morte e informação sobre doação pela equipe e família na autorização ou não a doação de órgãos e tecidos do familiar morto<sup>(4,6-7)</sup>.

No Brasil, desde 2001, por meio da Lei 10.211, a família assume a responsabilidade legal de autorizar a doação do familiar após constatada a morte<sup>(8)</sup>. Essa Lei é reforçada pelo Decreto nº 9.175 de 2017, ao descrever que a família tem o direito de ser informada sobre a possibilidade de doação de órgãos pelos profissionais da saúde. Ainda, essa mesma lei determina que a equipe de saúde tem a obrigação de informar a família sobre a possibilidade de doação quando constatada a morte<sup>(9)</sup>.

Nesta perspectiva, a equipe se vê diante da complexidade das dimensões humanas da família no processo de luto, ao mesmo tempo em que se percebe enquanto ser profissional, humano e ético frente à necessidade de informar sobre as etapas do processo de doação de órgãos de maneira clara, sensível e humana, que não acarrete mais sofrimento, dúvidas ou sentimentos confusos e contraditórios para a família. A equipe deve sanar todas as dúvidas da família para que esses possam tomar a melhor decisão<sup>(5-7)</sup>. Assim, compreende-se que a entrevista exige da equipe habilidades emocionais, psicológicas e preparo para reconhecer as etapas do luto, promover apoio emocional e conduzir a fala sobre doação de órgãos e tecidos<sup>(10-12)</sup>.

A literatura mostra que a equipe que acompanha a hospitalização, acolhe e conduz a entrevista para doação de órgãos deve estar apta para compreender as dimensões da condição humana frente à hospitalização, processo de luto, etapas do processo de doação, bem como as fases da entrevista, haja vista que tais situações implicam grande impacto psicológico, emocional, físico e cognitivo<sup>(5-7,10-12)</sup>. Outros estudos apontam que profissionais

preparados e habilitados tornam esse momento acolhedor e empático junto à família<sup>(7,11-12)</sup>.

Nesse sentido, o presente estudo traz a proposta de elaborar pressupostos de boas práticas na condução da entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos de modo que o profissional tenha apoio, embasamento e segurança ao acolher a família no processo de luto e informação sobre a doação de órgãos e tecidos. Enquanto isso, para a família, tais pressupostos irão proporcionar um ambiente acolhedor, humano e seguro para que possam tomar essa decisão com maior autonomia.

A elaboração dos referidos pressupostos proporciona à equipe de saúde aprofundamento sobre a temática, habilidades de comunicação e competências frente à complexidade apresentada no dia a dia das atividades profissionais no processo de morte e morrer, e no desenvolvimento da entrevista para doação de órgãos<sup>(13-14)</sup>. Estudos apontam que, no processo de doação de órgãos e tecidos, guias e diretrizes surgem como ferramentas de gerenciamento no sentido de melhorar a segurança e a qualidade dos procedimentos desenvolvidos pela equipe de saúde<sup>(15-16)</sup>.

Na condução da entrevista, o uso de *guidelines*, guias, protocolos e modelos de entrevista familiar tendem a tornar a comunicação mais efetiva, além de apoiar a equipe de saúde nas etapas desse processo<sup>(2)</sup>. Estudos demonstram que a efetividade na condução da entrevista para a doação de órgãos e tecidos e o uso de ferramentas aumentam a confiança da equipe para atuar no processo e, conseqüentemente, possibilitam a credibilidade junto à família. Em dois outros modelos de ferramentas de gestão para a condução da entrevista, os resultados mostram uma comunicação eficaz do profissional que a conduz. A articulação entre a equipe e família, além de reduzir o estresse e as incertezas, também promoveu a reciprocidade entre os envolvidos no processo<sup>(17-19)</sup>.

Diante da realidade exposta, espera-se que os pressupostos a serem elaborados e apresentados neste estudo possam provocar reflexões, aperfeiçoamento e mudanças na prática diária da equipe ao conduzir cada etapa da entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos. Ainda, certamente, tal ferramenta de cuidado irá despertar na equipe um processo educativo, contribuindo para a compressão da entrevista como uma etapa distinta e única no cenário do processo de doação de órgãos e tecidos. Nesta perspectiva, a questão norteadora do estudo foi: quais informações são possíveis de serem rastreadas por meio da literatura e junto a familiares de possíveis doadores de órgãos capazes de subsidiar a elaboração de pressupostos de boas práticas para o desenvolvimento da entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos?

## OBJETIVOS

Identificar informações que possam subsidiar a elaboração de pressupostos de boas práticas para o desenvolvimento da entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

Considerando que a referida pesquisa envolve seres humanos, o projeto do qual este manuscrito faz parte foi enviado ao Comitê

de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina. Todas as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram seguidas. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O anonimato dos participantes foi preservado, identificando-se os *verbatim*s pela letra F seguida de um número de 1 a 15, escolhido aleatoriamente.

### Tipo de estudo

Estudo metodológico com abordagem qualitativa, ancorado pelo referencial metodológico *scoping study*, sendo desenvolvido em três momentos:

Primeiro momento - revisão de literatura, a qual identifica evidências que possam apoiar a elaboração dos pressupostos por meio das seguintes etapas: 1) Identificação da questão de pesquisa; 2) Identificação de estudos relevantes (busca dos estudos); 3) Seleção dos estudos; 4) Extração de dados; 5) Separação, sumarização, integração dos dados e relatório de resultados.

Segundo momento - entrevista semiestruturada com a família, representado pela sexta etapa do *scoping study*, denominada Consulta (opcional)<sup>(20-21)</sup>.

Terceiro momento - elaboração dos pressupostos considerando os dados obtidos nas etapas anteriores. Nessa etapa, utilizou-se o modelo de entrevista familiar de Alicante.

### Procedimentos metodológicos

Foram seguidas as cinco etapas proposta pelo *scoping study*, detalhadas a seguir: 1) Identificação da questão de pesquisa - por meio de um processo interativo, entre os pesquisadores, seguindo a estratégia PICO (P: paciente, I: intervenção, C: comparação, O: *outcomes*, desfecho), em que foi adaptada para PIC, sendo "P" população (famílias de possíveis doadores de órgãos), "I", o fenômeno de interesse (entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos) e "C", o contexto (doação de órgãos). Assim, foi elaborada a seguinte questão norteadora: quais informações são possíveis de serem rastreadas por meio da literatura e junto a familiares de possíveis doadores de órgãos capazes de subsidiar a elaboração de pressupostos de boas práticas para o desenvolvimento da entrevista familiar para a doação de órgãos e tecidos?

Na identificação de estudos relevantes relacionados ao tema, segunda etapa do estudo, foram consideradas as seguintes bases de dados: PubMed, Scopus, *Web of Science*, PsycINFO (APA), CINAHL, LILACS e SciELO. Para a estratégia de busca, foram utilizados os seguintes descritores: Morte Encefálica; Transplante; Obtenção de Tecidos e Órgãos; Terapia Intensiva; Unidades de Terapia Intensiva; Pessoal de Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente; Enfermagem; Médicos; Comunicação da Morte. As buscas nas bases de dados foram realizadas sem restrição de período de publicação para abranger um maior número de pesquisas sobre o tema. A sintaxe de busca foi desenvolvida juntamente com uma bibliotecária.

Na terceira etapa, cada revisor, de maneira independente e às cegas, realizou a busca nas bases de dados, considerando as sintaxes, lendo o título e o resumo considerando os critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão adotados foram:

artigos de pesquisa do tipo randomizados, caso controle com população (adultos ou crianças), os quais apresentavam intervenções relacionadas à etapa da condução da entrevista familiar, cujos desfechos apresentaram melhorias para o processo de doação de órgãos. Os de exclusão: artigos não relacionados ao tema, artigos que não apresentaram desfechos relacionados à condução da entrevista familiar.

Na quarta etapa, sucedeu-se a organização das informações obtidas nos artigos selecionados para a coleta de dados. Elaborou-se uma planilha com as seguintes informações: autor, ano de publicação, base de dados, local de publicação, característica da população, tipo de estudo, tamanho da amostra, cálculo da amostra, desenvolvimento da randomização e dos grupos, intervenções realizadas, forma de avaliação dos desfechos, principais recomendações e nível de evidência (Nível 1: obtida por meio de meta-análise de estudos clínicos controlados e com randomização; Nível 2: obtido por estudo com desenho experimental; Nível 3: delineamento de pesquisas quase experimentais; Nível 4: que emergem de estudos de coorte e de caso-controle delineados; Nível 5: que surgem de revisão sistemática de estudos descritivos e quantitativos; Nível 6: evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível 7: evidências oriundas de opiniões de autoridades ou relatório de comitê de especialistas)<sup>(22)</sup>.

Na quinta etapa, interpretação, sumarização e divulgação dos resultados, os autores elaboraram a categorização dos dados, partindo das três fases do modelo de entrevista familiar de Alicante. O Modelo de Alicante foi desenvolvido na cidade de Alicante, na Espanha, há 22 anos, por profissionais com expertise em comunicação, luto e doação de órgãos, o qual é amparado pelos seguintes referenciais: teoria da comunicação sustentada pela reflexão de Mauro Wolf, a relação de ajuda baseada em Carl Roger e a teoria construtivista de William Worden. Esse modelo define três etapas para condução da entrevista familiar para doação. A primeira etapa é denominada comunicação da morte; a segunda é chamada de apoio emocional (representa o momento após a comunicação da morte, onde o profissional tem como objetivo principal ajudar a família no processo de luto); a terceira representa a informação sobre a doação de órgãos e tecidos<sup>(2,23-24)</sup>.

Segundo momento da pesquisa: considerada a sexta etapa do *scoping study*. Tal etapa foi desenvolvida junto às famílias que vivenciaram a entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos.

### Cenário do estudo

A pesquisa teve como cenário dois hospitais de grande porte da Região Sul do país, os quais são referência no atendimento a pacientes críticos, além de serem instituições que desenvolvem, aproximadamente, quarenta entrevistas familiares para doação de órgãos e tecidos anualmente. O desenvolvimento do estudo ocorreu entre abril e dezembro de 2017.

### Participantes da pesquisa

Famílias que vivenciaram as entrevistas para doação de órgãos e tecidos nas duas instituições de saúde no período supracitado participaram do estudo. Critérios de inclusão: familiares que

participaram da entrevista para doação de órgãos maiores de 18 anos. Critérios de exclusão: familiares que haviam passado pela entrevista há menos de seis meses, devido aos pesquisadores considerarem que as referidas famílias ainda se encontram em um momento muito sensível diante do processo de luto.

### Coleta de dados

Para condução da coleta de dados, os participantes foram consultados sobre a possibilidade e interesse em descrever o momento em que vivenciaram a entrevista para doação de órgãos junto aos profissionais de saúde. As entrevistas ocorreram em data e local pré-determinado por eles, sendo conduzida por dois pesquisadores. Para o desenvolvimento das entrevistas, utilizou-se a seguinte questão: como vocês vivenciaram a entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos junto à equipe de saúde? A média de tempo das entrevistas foi de 40 minutos. Essas foram gravadas, transcritas e, posteriormente, os pesquisadores apresentaram o conteúdo transcrito aos participantes. Esses leram e validaram o conteúdo. Somente após a validação pelos participantes, as informações foram analisadas.

### Organização e análise dos dados

A análise das entrevistas ocorreu por meio das três etapas da análise de conteúdo, conforme preconizado por Bardin<sup>(25)</sup>: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesta etapa, todos os pesquisadores buscaram se apropriar de todo material obtido, organizando todas as informações, conforme as etapas da entrevista do Modelo de Alicante. Na pré-análise, realizou-se a leitura flutuante para formulação de hipóteses que permitiram construir os direcionamentos da análise, considerando as etapas do Modelo de Alicante. Na sequência, identificaram-se as unidades de registro, bem como a classificação e agregação para escolher os temas.

Terceiro momento: consolidação das informações obtidas por meio das evidências (revisão de literatura) e junto aos participantes (familiares) para elaboração dos pressupostos de boas práticas. Salienta-se que dois dos pesquisadores possuem

ampla experiência na condução da entrevista familiar, um deles com mais de 16 anos em atividade prática desta atividade, além de ser pesquisador nessa temática. A elaboração dos pressupostos foi guiada pelas etapas do modelo de entrevista familiar de Alicante (comunicação da morte, apoio emocional e informação sobre doação de órgãos). Para realizar a junção dos dados das etapas anteriores, consideraram-se as evidências, as informações dos familiares, reflexão, discussão e interpretação de tais dados pelos pesquisadores, chegando-se à formação dos pressupostos no sentido de formar ações/estratégias capazes de apoiar a equipe de saúde em todas as etapas da condução da entrevista.

Para maior compreensão do leitor, conforme as fases do modelo de entrevista familiar de Alicante, os resultados serão apresentados por meio de quadros (Quadros 1, 2 e 3) e as informações obtidas junto as famílias. Tais informações mostram achados e recomendações das evidências e dos participantes da pesquisa que subsidiaram a elaboração dos pressupostos. Na sequência, serão apresentados os pressupostos já consolidados.

### RESULTADOS

Na etapa da revisão integrativa, foram identificados 2.706 artigos; desses, 2.552 tiveram seus títulos e resumos lidos, e 128 foram lidos na íntegra. Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão considerando as avaliações dos três revisores, foram extraídas informações de sete artigos, considerando níveis de evidência 1 e 2. Quanto aos resultados da segunda etapa, realizou-se contato com 18 famílias, dentre as quais 15 famílias participaram do estudo.

A seguir, serão apresentados os quadros (Quadros 1, 2 e 3) e as informações dos participantes que apoiaram a elaboração dos pressupostos, considerando cada etapa do modelo de entrevista familiar de Alicante.

Corroborando os achados na literatura, os dados obtidos junto aos participantes demonstram como os profissionais praticam a comunicação da morte. As falas apontam o quão vulneráveis se sentem diante dessa situação, além de expressarem necessidades de informações capazes de promover compreensão e conforto.

**Quadro 1** - Fase 1 Modelo de Alicante - Comunicação da morte

Conceito*	Evidências Revisão Integrativa – Nível de Evidência I <sup>(26-33)</sup>	
	Fatores que promovem a compreensão sobre ME	Recomendações
Representa a etapa em que o profissional comunica a morte aos familiares de maneira clara e simples <sup>(23-29)</sup>	Presença de médico habilitado para informar sobre a extrema gravidade antes de iniciar o protocolo de ME; Utilização de exames (tomografia, exames de imagens e outros) durante as explicações do protocolo de ME; Utilização de comunicação única, sequencial, com a mesma linguagem (linguagem simples, fala a beira do leito mostrando os equipamentos); Dedicção de tempo pelos profissionais aos familiares desde o momento que o paciente ingressa no hospital, especialmente na Unidade de Terapia Intensiva; Comunicação específica, clara e coerente dos fatos; Atenção ao estresse, ansiedade e expressões que possam agravar o medo e as incertezas da família. Atenção para respostas não verbais; Estimulo à abertura aos familiares para visita, em relação ao estado sanar dúvidas.	Não falar sobre o protocolo de ME no primeiro contato com a família; Promover o entendimento da família sobre ME aliado a explicação verbal com os exames realizados; Compor uma equipe especial com habilidades para auxiliar os profissionais em todas as etapas; Realizar ações de capacitação para os profissionais envolvidos na comunicação da morte, bem como para os profissionais que atuam em unidade de pacientes críticos; Oportunizar a presença de familiar no diagnóstico de ME; Orientar a família antes da visita em relação ao estado físico do paciente.

Nota: ME – Morte Encefálica; \*Conceitos segundo Modelo de Alicante.

*Os profissionais devem falar de maneira mais simples, muitas vezes não entendemos o que dizem. (F10)*

*Quando falam da morte, precisam ser muito claros. Devem ser direto, quanto mais ficam rodeando, mais abalados ficamos e com mais dificuldade de entender. (F4)*

*Seria interessante falarem e dar espaço para a gente perguntar, antes de começar a falar de outras coisas. (F8)*

Os participantes revelam sentimentos vivenciados no processo de luto, evidenciando a importância do apoio recebido pela equipe de saúde, além da importância de os profissionais reconhecerem esses sentimentos.

*Sentir que tem alguém do nosso lado nos apoiando e dando a atenção que precisamos nessa hora é muito importante. (F13)*

*Tive muito apoio da equipe, nunca vou esquecer. Isso foi muito gratificante e me fez sentir segura. (F1)*

*Apoio e atenção são o que importa nessa hora, nada mais tem significado, somente o apoio. (F8)*

Acerca das percepções dos participantes oriundas da vivência na entrevista, observam-se os enfrentamentos suscitados controversos com as recomendações que apontaram os estudos.

*Senti muita dificuldade para entender tudo. Fiquei muito confusa. Eles falaram de morte, depois já falaram sobre doação. É muita informação! Acabei não doando, pois tive dificuldade de compreender tudo isso. Acho que seria muito importante separar a fala da morte e doação. (F12)*

*Senti muita pressão da equipe, muita pressa de falar sobre doação. Queriam logo uma resposta. O ideal seria esperar um pouco mais [...] a gente precisa de tempo. (F5)*

*Não tive explicação sobre como ocorre a doação, apenas me perguntaram se queria doar. Senti falta deles explicarem como funciona a doação. Queria doar, mas fiquei com medo. Não sabia o que dizer. Se tivesse tido mais informação, seria melhor. (F15)*

Considerando os achados apresentados e o objetivo do estudo, a Figura 1 ilustra esquematicamente os pressupostos elaborados, os quais irão subsidiar a equipe de saúde na condução da entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos. Tais pressupostos são apresentados conforme cada etapa do modelo de entrevista familiar de Alicante, na Espanha.

**Quadro 2** - Fase 2 Modelo de Alicante – Apoio emocional

Conceito*	Evidências Revisão Literatura – Nível de Evidência I <sup>(31-33)</sup>	
	Fatores que promovem apoio efetivo às Famílias	Recomendações
Representa a relação de apoio do profissional junto a família no processo de luto <sup>(31-33)</sup>	<p>Acompanhamento atencioso da equipe de saúde aos familiares em todo o processo de hospitalização até a condução da entrevista;</p> <p>Não deixar a família sozinha, exceto quando verbalizem essa necessidade. Na falta de um profissional capacitado, a família necessita de outros profissionais que possam apoiá-la;</p> <p>Acolhimento e cuidado emocional com familiares durante todo o processo;</p> <p>Oferta de apoio psicológico aos familiares durante o período em que esses aguardam as etapas da entrevista.</p>	<p>Capacitações criativas, proativas e programas educacionais para os profissionais que conduzem cada etapa da entrevista com familiares e demais profissionais da equipe envolvidos no processo;</p> <p>Estruturar o serviço de apoio psicológico, o mesmo deverá ser realizado a todos os familiares, buscando identificar melhor os sentimentos e como enfrenta-los diante de tal situação.</p>

Nota: \*Conceitos segundo Modelo de Alicante.

**Quadro 3** - Fase 3 Modelo de Alicante – Informação sobre doação de órgãos e tecidos

Conceito*	Evidências Revisão Literatura – Nível de Evidência I e II <sup>(26,28,30,33-34)</sup>	
	Elementos essenciais da entrevista familiar	Recomendações
Representa a fase em que o profissional da saúde conduz o tema da doação de órgãos e tecidos junto à família <sup>(23,25,27,30-31)</sup>	<p>O assunto da doação de órgãos e tecidos somente deve ser inserido após a compreensão da morte;</p> <p>Atentar para o fato que familiares de crianças apresentam maior dificuldade de assimilação da morte;</p> <p>A equipe deve considerar o tempo entre a comunicação da morte e o desenvolvimento da informação da doação;</p> <p>A presença do profissional que conduziu o apoio emocional no momento da fala sobre doação de órgãos é importante;</p> <p>Habilitação dos profissionais que conduzem a entrevista familiar é fundamental para o desenvolvimento de competências, habilidades e técnicas relacionais capazes de promover autopercepção e segurança no tema do diagnóstico de ME e doação de órgãos e tecidos.</p>	<p>Desenvolvimento de habilidades relacionais para profissionais com ênfase na percepção, compreensão e empatia em relação ao processo de luto da família;</p> <p>Profissional responsável pelo acolhimento deve estar presente e/ou conduzir a fala sobre doação;</p> <p>Avaliação individual, caso a caso da necessidade de tempo entre a comunicação da morte e a fala sobre doação de órgãos;</p> <p>Desenvolvimento e implementação de protocolos das etapas do processo de acolhimento, entrevista e doação de órgãos e tecidos;</p> <p>Consolidação de uma abordagem comunicacional articulada e coerente entre os profissionais da equipe;</p> <p>Criação de programas de capacitação com abordagens que transitam desde os aspectos teóricos, técnicos e legais do processo de doação de órgão e tecidos, processo de luto e condução da entrevista familiar.</p>

Nota: ME – Morte Encefálica; \*Conceitos segundo Modelo de Alicante.

Fase 1	Fase 2	Fase 3
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ter atitude acolhedora e empática durante o processo.</li><li>• Desenvolver habilidades comunicacionais.</li><li>• Ter conhecimento de toda a história clínica do paciente desde a recepção na instituição.</li><li>• Permitir a participação da família no diagnóstico de ME.</li><li>• Abrir espaço para perguntas.</li><li>• Sanar todas as dúvidas da família.</li><li>• Utilizar palavras claras, simples e diretas.</li><li>• Evitar uso de termos técnicos.</li><li>• Reconhecer diferentes necessidades de tempo da família após a comunicação de morte.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Oferecer apoio emocional identificando emoções e sentimentos relacionados as etapas do luto.</li><li>• Estar disponível para acompanhar as famílias em todos os momentos institucionais desde a notícia da morte.</li><li>• Promover e participar de capacitações sobre o processo de morte e morrer, relação de ajuda e apoio emocional, processos de doação de órgãos e tecidos.</li><li>• Planejar estratégias de apoio emocional a todas as pessoas que vivenciam o luto, incluindo a equipe do serviço.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compor equipes de entrevista familiar apenas com profissionais habilitados no desenvolvimento de competências para todo o processo.</li><li>• Desvincular a comunicação da morte da informação sobre doação de órgãos e tecidos.</li><li>• Exercitar a escuta ativa e a percepção do momento apropriado para a entrevista.</li><li>• Esclarecer todas as dúvidas da família sobre o processo de doação de órgãos e tecidos.</li><li>• Planejar a entrevista de acordo com cada caso, utilizando estratégias que não ontem pressa ou pressão para doação.</li><li>• Oferecer o tempo para a reflexão e tomada de decisão dos familiares, sabendo que este tempo pode ser variável.</li></ul>

Figura 1 – Pressupostos de boas práticas para entrevista familiar

## DISCUSSÃO

A elaboração de pressupostos de boas práticas para o desenvolvimento da entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos frente à vulnerabilidade da família na comunicação da morte, apoio emocional no processo de luto e informação sobre doação de órgãos e tecidos apresenta estratégias efetivas para a condução de cada etapa da entrevista. Considera-se que o conhecimento obtido e apresentado nos pressupostos harmoniza as etapas da entrevista, propondo resiliência, humanização, acolhimento, respeito, valorização do ser humano, apoiando família e equipe. Autores apontam que, no contexto da vulnerabilidade, ações de valorização do ser humano, criação de vínculo, promoção da autonomia e estratégias de enfrentamento de problemas auxiliam e conduzem as pessoas a enfrentar a realidade imposta<sup>(4,35)</sup>.

No que se refere às recomendações para melhores práticas na comunicação da morte, há relevância nos pressupostos quanto à necessidade de ser utilizada linguagem simples e clara, evitando termos técnicos, além do espaço para que a família possa fazer questionamentos, aliado à necessidade de habilidades da equipe para conduzir o tema da morte. Tais achados revelam que a equipe precisa estar capacitada, apresentar competência e habilidade para comunicar etapas do diagnóstico de ME mediante a realidade de cada família, considerando cultura, grau de escolaridade, conflitos familiares, alterações cognitivas, emocionais e físicas. Os participantes reforçam a importância da objetividade, honestidade, clareza, tempo para assimilação e codificação do que foi falado para que haja compreensão. São muitas informações da equipe frente ao impacto emocional que estão, sendo que o tempo é uma estratégia efetiva para que possam compreender o que foi dito e assimilar a morte.

Os autores apontam que, nesta etapa da entrevista, há necessidade de tempo para que possam entender as informações

e aceitar a comunicação da morte. Tais autores complementam que a não compreensão da ME e a pressão da equipe para que aceitem a notícia da morte são os principais fatores que levam a família a não aceitar a doação de órgãos e tecidos<sup>(1,10,36)</sup>.

Na condução da entrevista, é fundamental que o profissional tenha capacidade e competência para reconhecer e compreender se houve a assimilação da morte pela família. Para tanto, evidências apontam como ponto-chave a participação da família em todas as etapas do diagnóstico de ME, além de alertar para expressões verbais e não verbais emitidas por eles, as quais podem indicar sentimentos e fases do luto. Durante e após a comunicação da morte, os profissionais precisam de habilidades de comunicação, como escuta ativa, empatia e silêncio interior, no sentido de captar gestos, atitudes, emoções que expressem o grau de compreensão e aceitação da morte<sup>(5,26,28)</sup>.

Comunicar a morte, assim como receber a notícia da morte, é um momento único, difícil e impactante. Para a família, representa vazio, tristeza, dor e desesperança, além de outros sentimentos. Para o profissional, representa impotência, frustração e aproximação de sua própria morte. Tal situação tende a ser intensificada quando essa morte ocorreu por meio de uma ME, em razão de esse diagnóstico ser complexo e envolto por etapas distintas<sup>(1,5,10-12)</sup>.

Nesta perspectiva, os pressupostos para melhores práticas na segunda etapa da entrevista e o apoio emocional trazem fortes recomendações de acolhimento e apoio na elaboração da notícia da morte, bem como em cada fase do luto. Evidências, assim como as falas dos participantes, apontam a necessidade de tempo para que possam se reestabelecer do impacto da notícia. Nas falas, eles dão ênfase para a importância do apoio e atenção. Considerando que tal situação provoca alterações cognitivas, emocionais e físicas, além de alterar a dinâmica familiar, o apoio é fundamental, além do respeito ao tempo para assimilar a morte surgem como direito de vivenciar a dor<sup>(2,28,31,33)</sup>. Nesta perspectiva, compreende-se que a vulnerabilidade da família diante dessa realidade vem expressa em ordem biológica e simbólica da vida humana, tendo como consequente a fragilização biológica, existencial e social dessas pessoas<sup>(4,37)</sup>.

No Modelo de Alicante, essa etapa surge como uma das mais importantes no cenário da entrevista familiar. Nos pressupostos deste estudo, os achados direcionam o apoio emocional para todas as pessoas envolvidas nesse contexto, inclusive aos profissionais. Os pressupostos, ainda, enfatizam a necessidade de o profissional possuir competência, habilidade e prática para conduzir essa etapa de maneira a propor apoio emocional à família, a si e à sua equipe. Nesta compreensão da fragilidade do ser humano, os pressupostos para melhores práticas propõem espaço para a família expressar sentimentos, aliado ao apoio, escuta ativa, empatia, contribuindo para o processo de ajuste adaptativo à situação de perda, além de proporcionar reestabelecimento gradativo do impacto.

Em relação ao apoio emocional, estudos apontam que profissionais habilitados para lidarem com esse processo e compreender a vulnerabilidade da família nesse cenário tendem a auxiliá-los a seguir em frente, melhorar a qualidade do cuidado, promover o conforto e apoiá-los nas decisões a serem tomadas<sup>(13-14,38)</sup>. Na perspectiva deste cuidado, o enfermeiro é protagonista, em razão de esse profissional ter maior aproximação e contato com os

familiares em ambientes de paciente crítico, além de participar, ativamente, no gerenciamento e condução da entrevista familiar para doação de órgãos<sup>(3,13)</sup>.

Assim, compreende-se que tais pressupostos podem auxiliar a equipe, em especial o enfermeiro, a compreender o momento certo para conduzir a informação sobre doação de órgãos. Uma das principais dificuldades da equipe na entrevista é identificar o momento certo para introduzir esse tema<sup>(3,11,13)</sup>. No presente estudo, as evidências e as falas dos participantes oportunizaram propor recomendações capazes de auxiliar a equipe a compreender esse momento. Contudo, tais achados pontuam claramente a importância do conhecimento, segurança e habilidade para conduzir o tema da doação de órgãos e tecidos. Somente assim, o profissional será capaz de perceber a ocasião ideal para falar sobre a doação, basta que ele esteja atento a comunicação verbal e não verbal expressa pelos familiares. Para tanto, a escuta ativa surge como uma das principais recomendações. Por meio de uma escuta ativa efetiva, o profissional será capaz de captar as necessidades de conhecimento da família, ao mesmo tempo em que será capaz de perceber que esses já estão aptos a receber novas informações sem pressa, pressão ou limitação de tempo para tomada de decisão sobre a doação de órgãos e tecidos. Guias, protocolos e diretrizes para boas práticas na entrevista apontam o espaço de tempo entre a comunicação da morte e a escuta ativa como uma ferramenta imprescindível a ser agregada pelos profissionais da saúde. Por meio da escuta ativa, o profissional irá perceber o momento certo de introduzir o tema da doação de órgãos<sup>(10-17)</sup>.

Inserir o tema da doação de órgãos e tecidos é um dos instantes mais difíceis e um dos mais temidos pela equipe. Muitos profissionais receiam causar maior dor à família, sentindo-se como se estivessem agredindo ainda mais a vulnerabilidade deles<sup>(5,11,13)</sup>. Tais pensamentos tendem a gerar insegurança, medo ou até mesmo dificuldades em falar sobre a doação de órgãos e tecidos. Essa realidade pode estar associada a pouca habilidade sobre o tema, desconhecimento da legislação vigente, ou, ainda, pela própria incapacidade de lidar com a dor do outro. Esses são elementos que constituem barreiras, podendo levar a família a desconfiar do processo de doação de órgãos e culminar com a recusa para doação<sup>(1,3,7,11-12)</sup>.

Como uma das recomendações dos pressupostos para melhorar essa prática nessa etapa da entrevista, está o planejamento das ações dos profissionais para conduzir a entrevista. O planejamento está ancorado no sentido de organizar, detalhar e discutir anteriormente estratégias como: local adequado, horário, profissional que irá comunicar a morte, escolha de pessoas habilitadas para conduzir a entrevista, além da definição dos familiares para estarem presentes nesse momento. Evidências apontam que o planejamento da entrevista minimiza a ansiedade da equipe e estabelece confiança na família para com a equipe<sup>(10-17)</sup>. Ainda na perspectiva do planejamento, estudos apontam ser estratégico que profissionais estejam habilitados em curso de comunicação em situações críticas e entrevista familiar<sup>(5,9,23-24)</sup>.

A necessidade de organização da entrevista está pautada na importância de a equipe compreender que o tempo vivido por cada ator envolvido nesse processo é diferente. Há uma cronologia de tempo para quem recebe a notícia da morte (família), há um tempo cronológico para quem comunica a notícia (equipe) e há

um tempo cronológico para quem aguarda a decisão da família sobre a doação (equipe de transplante). Assim, compreender, respeitar e se atentar para a sincronia dos tempos é um dos grandes desafios da equipe de saúde, podendo ser aprimorada por meio de habilidades, conhecimento, atitude e planejamento desse processo.

O enfermeiro, enquanto protagonista e gestor do processo de doação de órgãos, tem oportunidade de se apoiar nos pressupostos aqui apresentados e propor mudanças no cenário da prática, no sentido de dar maior visibilidade à sua organização e atuação no contexto da entrevista familiar, além de propor assistência segura e efetiva a equipe por meio dessa ferramenta de cuidado apresentada neste estudo.

### Limitações do estudo

As principais limitações envolvem poucos estudos randomizados que apontem estratégias efetivas para a condução da entrevista familiar, além das dificuldades em organizar datas e horários para a participação de todos os familiares na coleta das informações.

### Contribuições para a área da enfermagem, saúde e políticas públicas

As informações contidas neste estudo oferecem à equipe de saúde estratégias efetivas identificadas por meio de evidências fortes e juntamente com familiares de pacientes que passaram por uma entrevista. Ainda, salienta-se que o estudo evidencia maneiras de cuidado em cada etapa da entrevista. Destaca-se, para o profissional enfermeiro como gestor do processo de doação de órgãos e tecidos e da entrevista, que as informações apresentadas oportunizam a ele gerenciar e coordenar cada fase da entrevista de maneira distinta e clara.

Nesta perspectiva, os achados do estudo apontam táticas e técnicas a serem desenvolvidas pelos profissionais desde a comunicação das etapas do protocolo de ME, comunicação da morte, apoio emocional e informação sobre doação de órgãos e tecidos. Junto a isso, pontua-se, ainda, que gestores institucionais e governamentais terão oportunidades de promover ajustes nas políticas públicas no sentido de viabilizar maior estrutura nas instituições de saúde e apoio a equipe e famílias.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como objetivo identificar informações que pudessem subsidiar a elaboração de pressupostos de boas práticas para o desenvolvimento da entrevista familiar para doação de órgãos e tecidos. No transcorrer da condução do estudo, por meio dos três momentos e da orientação metodológica, foram encontradas evidências fortes baseadas em estudos randomizados, as quais pontuam a importância da comunicação simples, clara, com apoio de profissionais capacitados capazes de promover a compreensão do diagnóstico de ME, promover informações de como se desenvolve a doação de órgãos, respeitando o tempo entre a comunicação da morte e a fala sobre doação.

Ainda, durante a trajetória metodológica, as informações obtidas junto aos participantes revelam a importância da clarificação

da gravidade por todos os profissionais da equipe sem que haja rodeios. O apoio e a atenção após a notícia da morte, além do tempo para assimilar as informações recebidas, são precedentes e essenciais para uma entrevista efetiva e segura, além do planejamento da entrevista.

A partir de tais achados, considerando a proposta de apresentar evidências de cuidados para melhores práticas baseados no modelo de Alicante, o estudo mostra pressupostos factíveis a serem postos em prática em quaisquer instituições de saúde que desenvolva entrevista familiar para doação de órgãos. Tais pressupostos propõem em cada fase ações simples e fáceis de serem executadas por todos os profissionais da saúde. Vale

destacar que, em cada etapa, as ações de cuidados pontuam a necessidade da habilidade do profissional; competência para reconhecer e compreender a necessidade da família em sua unicidade; a importância do uso das ferramentas de comunicação; o apoio emocional por meio da escuta ativa e empatia, aliado ao planejamento detalhado da entrevista familiar.

Compreende-se que tais informações identificadas neste estudo, as quais, por meio da sequência metodológica, oportunizam a elaboração de uma ferramenta de cuidado para melhores práticas, certamente irá apoiar a equipe de saúde no desenvolvimento da entrevista embasada em evidências fortes, capazes de promover melhores práticas no cuidado às famílias nesse processo.

## REFERÊNCIAS

1. Cajado MCV. The family experience in light of the possibility of organ and tissue donation for transplantation. *Rev Psicol, Divers Saúde*. 2017;6(2):114-20. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpd.v6i2.1069>
2. Gironés P, Burguete D, Machado R. Qualitative research process applied to organ donation. *Transpl Proc*. 2018;50(10):2992-6. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2018.03.012>
3. Nogueira MA, Leite CRA, Reis Filho EV, Medeiros LM. Vivência das comissões intra-hospitalares de doação de órgãos/tecidos para transplante. *Rev Científ Enferm*. 2015;5(14):5-11. <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2015.5.14.5-11>
4. Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(3):e00101417. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00101417>
5. Knihis NS, Leitzke T, Roza BA. Understanding the experience of family facing hospitalization, brain death, and donation interview. *Ciênc Cuid Saúde*. 2015;14(4):1520-7. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i4.26060>
6. Costa CR, Costa LP, Aguiar N. The role of nursing the patient with brain death in the ICU. *Rev Bioét*. 2016;24(2):368-73. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016242137>
7. Fonseca PIMN, Tavares CMM, Silva TN. Difficult situations management in organ donation interview. *Rev Port Enferm Saúde Mental*. 2016;4:69-76. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0144>
8. Presidência da República (BR). Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001. Remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento [Internet]. *Diário Oficial da União* 23 mar 2001[cited 2017 Oct 10]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10211.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10211.htm)
9. Presidência da República (BR). Decreto nº 9.175, de 23 de novembro de 2017. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. *Diário Oficial da União* 23 nov 2017[cited 2017 Oct 10];240(1): 50-275. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9175.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9175.htm)
10. Passoni R, Padilha EF, Hofstatter LM. Clinical-epidemiological elements of family interviews for donation of organs and tissues. *Enferm Glob*. 2017;16(2): 143-53. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.2.234881>
11. Silva Filho JB, Lopes RE, Bispo MM, Andrade AP. Nursing and family awareness in the donation of organs and tissues for transplantation: integrative review. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(Supl. 6):4902-8. <https://doi.org/10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201624>
12. Leite NF, Maranhão TLG, Farias MAA. Captação de múltiplos órgãos: os desafios do processo para os profissionais da saúde e familiares. *Id on Line Rev Mult Psic*. 2017;11(34):246-70. <https://doi.org/10.14295/idonline.v11i34.687>
13. Zanetti ML. Advanced nursing practice: strategies for training and knowledge building. *Rev Latino-Am Enferm*. 2015;23(5):779-80. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0000.2614>
14. Zheng R, Lee SF, Bloomer MJ. How nurses cope with patient death: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *J Clin Nurs*. 2017;27(1-2):e39-e49. <https://doi.org/10.1111/jocn.13975>
15. Westphal GA, Garcia VD, Souza L. Guidelines for the assessment and acceptance of potential brain-dead organ donors. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016;28(3):220-5. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160049>
16. Magalhães ALP, Lanzoni GMM, Knihis NS. Patient safety in the process of organ and tissue donation and transplant. *Cogitare Enferm*. 2017;(22)2:e45621. <https://doi.org/10.5380/ce.v22i1.4562>
17. Weiss MJ, Hornby L, Shemie SD. Canadian Guidelines for controlled pediatric donation after circulatory determination of death: summary report. *Paediatr Crit Care Med*. 2017;18(11):1035-46. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001320>
18. López JS, Soria-Oliver M, Aramayona B, et al. An integrated psychosocial model of relatives' decision about deceased organ donation (IMROD): joining pieces of the puzzle. *Front Psychol*. 2018;9:408. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00408>

19. Sque M, Walker W, Long-Sutehall T. Bereaved donor families' experiences of organ and tissue donation, and perceived influences on their decision making. *J Crit Care*. 2018;45:82-9. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.01.002>
20. Arkasey H, O'Malley L. Scoping Studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
21. Padilha AP, Rosa LM, Schoeller SD. Care manual for diabetic people with diabetic foot: construction by scoping study *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):e2190017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002190017>
22. Galvão CM. Evidence Hierarchies. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(2):5-5. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002006000200001>
23. Duran BM. Modelo Espanhol é referência no mundo. *Extra Classe [Internet]*. 2014 [cited 2017 Oct 10];19(187). Available from: <https://www.extraclasse.org.br/edicoes/2014/09/modelo-espanhol-e-referencia-no-mundo/>
24. Santiago C. Donación y trasplantes de órganos e tejidos: el modelo Alicante de entrevista familiar para la donación de órganos para trasplante. Alicante [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 06]. Available from: [http://donacion.organos.ua.es/submenu2\\_2/modelo\\_alicante.asp](http://donacion.organos.ua.es/submenu2_2/modelo_alicante.asp)
25. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. 229p.
26. Vane DW, Sartorelli KH, Reese J. Emotional considerations and attending involvement ameliorates organ donation in brain dead pediatric trauma victims. *J Trauma [Internet]*. 2001 [cited 2017 Sep 08];51(2):329-31. Available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=11493794>
27. Long T, Sque M, Payne S. Information sharing: its impact on donor and nondonor families' experiences in the hospital. *Prog Transplant*. 2006;16(2):1-5. <https://doi.org/10.7182/prtr.16.2.l715846273q1h784>
28. Bocci MG, D'Alò C, Inguscio S. Taking care of relationships in the intensive care unit: positive impact on family consent for organ donation. *Transplant*. 2016;48(10):3245-50. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2016.09.042>
29. Tawil I, Brown LH, Comfort D. Family presence during brain death evaluation: a randomized controlled trial. *Crit Care Med*. 2014;42(4):934-42. <https://doi.org/10.1097/CCM.000000000000102>
30. Blok GA, Morton M, Morley M. Requesting organ donation: the case of self-efficacy effects of the European Donor Hospital Education Programme (EDHEP). *Adv Health Sci Educ Theor Pract*. 2004;9(4):261-82. <https://doi.org/10.1007/s10459-004-9404-6>
31. Jacoby L, Jaccardi J. Perceived support among families deciding about organ donation for their loved ones: donor vs nondonor next of skin. *Am J Crit Care*. 2010;19(5):52-61. <https://doi.org/10.4037/ajcc2010396>
32. Davel AP, Silva DR. Bereavement in the API-ES Context: approaching narratives. *Pensando Fam [Internet]*. 2014 [cited 2017 Nov 10];18(1):107-23. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v18n1/v18n1a10.pdf>
33. Adanir T, Erdogan I, Hunerli G. The effect of psychological support for the relatives of intensive care unit patients on cadaveric organ donation rate. *Transplant Proc*. 2014;46(10):3249-52. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2014.05.086>
34. Bellali T, Papadatou D. The decision-making process of parents regarding organ donation of their brain dead child: a Greek study. *Soc Sci Med*. 2007;64(2):439-50. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.09.006>
35. Rosini LEA, Barros MNF. Ações preventivas no contexto da vulnerabilidade social. *Serv Soc Rev*. 2012;15(1):108-36. <https://doi.org/10.5433/1679-4842.2012v15n1p108>
36. Bonetti CE, Boes AA, Lazzari DD, Busana JA, Maestri E, Bresolini P. Organ and tissue donation and reasons for its non-realization. *Rev Enferm UFPE*. 2017;11(Supl.9):3533-41. <https://doi.org/10.5205/reuol.10620-94529-1-SM.1109sup201705>
37. Oviedo RAM, Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. *Interface*. 2014;29(53):237-50. <http://doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>
38. Cardoso EAO, Santos MA. Death education group: a strategy to complement undergraduate education of health professionals. *Psicol Cienc Prof*. 2017;37(2):500-14. <http://doi.org/10.1590/1982-3703002792015>