



CLÍNICA

SOFRIMENTO E CONTRADIÇÃO: O SIGNIFICADO DA MORTE E DO MORRER PARA ENFERMEIROS QUE TRABALHAM NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE

SUFRIMIENTO Y CONTRADICCIÓN: EL SIGNIFICADO DE LA MUERTE Y DEL MORIR PARA LOS ENFERMEROS QUE TRABAJAN EN EL PROCESO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE.

*Lima, AAF., **Silva, MJP., ***Pereira, LL.

*Mestre em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo, enfermeira e docente. **Profesora Titular do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP. ***Doutora em Enfermagem e Pró-Reitora Acadêmica do Centro Universitário São Camilo. Brasil.

(Este trabalho é parte da dissertação em Bioética do Centro Universitário São Camilo, intitulada “ Sofrimento e contradição: o significado da morte, do morrer e da humanização para enfermeiros que trabalham no processo de doação de órgãos para transplante” , 2006).

Palavras chaves: atitude frente a morte, bioética, morte, obtenção de órgãos.

Palabras clave: actitud frente a la muerte, bioética, muerte, obtención de órganos.

RESUMO

Objetivo: identificar a percepção e os sentimentos dos enfermeiros que trabalham na captação de órgãos para transplante em relação à morte e o morrer.

Método: trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Foram realizadas 10 entrevistas semi-estruturadas, gravadas em fita cassete, e os dados analisados a partir da análise dos discursos.

Resultados: emergiram três categorias: Categoria 1 – **O significado da morte**, constituída pelas subcategorias: Finitude, Renascimento e Contradição; Categoria 2 – **O significado da doação**, com as subcategorias: Solidariedade e desprendimento, Chance de vida e Contradição; Categoria 3 – **Conflitos vivenciados pelo enfermeiro no processo de trabalho na captação de órgãos**, tendo como subcategorias: Estando com a família do doador, Cuidando do doador em detrimento a doação, Sofrendo no trabalho, Tentando preservar-se, Criticando o processo de captação e Buscando o sentido do trabalho.

Conclusão: os profissionais de captação de órgãos necessitam ser cuidados por vivenciarem conflitos existenciais e dilemas morais com grande frequência em seu fazer, podendo comprometer sua saúde mental e física.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la percepción y los sentimientos de los enfermeros que trabajan en la captación de órganos para trasplantes en relación a la muerte y al morir.

Método: Trátase de una investigación descriptiva con abordaje cualitativo. Fueron realizadas 10 entrevistas semi-estructuradas, grabadas en cinta-cassette, y los datos discutidos a partir del análisis de los discursos según Bardin.

Resultados: Emergieron tres categorías: Categoría 1 - **El significado de la muerte**, constituida por las subcategorías: Finitud, Renacimiento y Contradicción; Categoría 2 – **El significado de la donación**, con las subcategorías: Solidaridad y desprendimiento, Oportunidad de vida e Contradicción; Categoría 3 – **Conflictos vivenciados por el enfermero en el proceso de trabajo en la captación de órganos**, teniendo como subcategorías: Estando con la familia del donador, Cuidando del donador en detrimento de la donación, Sufriendo en el trabajo, Intentando preservarse, Criticando el proceso de captación y Buscando el sentido del trabajo.

Conclusión: A partir del análisis de los contenidos según las orientaciones del método de proceso de datos de Bardin, podemos inferir que los profesionales de captación de órganos necesitan ser cuidados por vivenciar conflictos existenciales y dilemas morales con mucha frecuencia en sus quehaceres, que pueden comprometer su propia salud mental y física.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento técnico-científico dos transplantes implica obtenção de órgão para garantir o sucesso dessa modalidade terapêutica. O transplante pressupõe a extração de órgãos “vivos” de corpos humanos sem vida (doador). No caso, dos indivíduos em morte encefálica, seus órgãos substituirão os órgãos ineficientes de uma outra pessoa (receptor). Contudo, esse cenário nos apresenta novos conflitos na relação humana entre o potencial doador, profissional, familiar e receptor.

As transformações da década de sessenta, especialmente nos contextos sociopolítico e tecnológico, impulsionaram o nascimento da bioética, que se origina para relacionar os avanços tecnológicos e a qualidade/ condição da vida. Desta forma, a bioética seria uma forma de trazer “limite” aos avanços técnico-científicos para preservar a vida no planeta. Em 1971, Potter propõe a constituição de uma ética aplicada à situação de vida, compreendendo que este seria o caminho à sobrevivência da espécie humana. Considera que, para garantir a sobrevivência da espécie, seria preciso respeito aos valores humanos, pressupondo prudência na relação entre o conhecimento biológico e os valores humanos¹.

Nas últimas décadas, a medicina desenvolveu um arsenal tecnológico que tornou possível a reparação e substituição das funções dos órgãos e a utilização de próteses externas e internas. O transplante permitiu manter com vida um grande número de pessoas vítimas de doenças que outrora não tinham possibilidade de sobreviver aos episódios de agudização².

Embora o número de transplantes tenha aumentado, a escassez de órgãos continua sendo um dos maiores obstáculos às equipes transplantadoras em todos os países, pois a demanda por transplantes vem aumentando em escala maior que a efetivação de doações, fazendo com que as listas de espera se ampliem³.

O profissional de saúde tem uma ação relevante na obtenção de órgãos, e isso se confirma na atuação da Organização Nacional de transplantes da Espanha, que apresenta o maior número de doadores por milhão de habitantes do mundo e, tão grande êxito foi possível

apoiando-se na função dos coordenadores de transplantes, que são profissionais treinados para a detecção dos doadores e com habilidades para manejar o complexo processo de doação e transplantes⁴.

No Brasil, a Lei nº. 9.434 de 4 de fevereiro de 1997 regulamentada pelo Decreto nº. 2.268 de 30 de junho de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos e tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, criou o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) e para cada Estado Brasileiro, uma Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO)⁵.

No Estado de São Paulo, constituíram duas CNCDO, uma na capital e outra no interior, tendo como atribuições o gerenciamento do cadastro técnico único de doadores e receptores de órgãos e tecidos, garantindo a equidade e transparência na distribuição de órgãos e tecidos para transplantes. Objetivando otimizar o processo de doação e aumentar o número de doadores, o processo de identificação e viabilização de potenciais doadores foi descentralizado com a criação das Organizações de Procura de Órgãos (OPOs), que são entidades sem fins lucrativos, sediadas em hospitais universitários que objetivam identificar, manter e viabilizar potencial doador de órgãos e tecidos nos hospitais de sua área de abrangência.

O enfermeiro ou médico, profissional responsável por atuar como facilitador no processo de doação na OPO, dirige-se ao hospital notificador para iniciar a avaliação do potencial doador. Realiza a avaliação das condições clínicas do potencial doador e orienta ou promove a manutenção hemodinâmica mais adequada. Mediante a confirmação do diagnóstico de morte encefálica, após o médico responsável ter esclarecido a família sobre a irreversibilidade do quadro clínico, solicita a doação de órgãos. Caso a família aceite a doação, providencia a realização de exame complementar; após todos os exames e preenchimento dos documentos, notifica a CNCDO que iniciará a distribuição dos órgãos que foram doados, conforme o cadastro técnico único. Em seguida, é marcado um horário para a extração dos órgãos pelas equipes transplantadoras. Após a retirada, o cadáver é condignamente recomposto e entregue ao familiares, para sepultamento. Nos casos de morte violenta, diante da suspeita de crime, o encaminhamento do corpo ao Instituto Médico Legal (IML) é obrigatório para ser necropsiado, acompanhado de toda documentação da doação⁶.

O processo de doação de órgãos está permeado por questões que envolvem a moral humana; destacando-se em especial, o cuidar do paciente em morte encefálica, considerado clinicamente morto, porém, com características de uma pessoa com vida. Desta forma, a relação profissional com o doador faz com que se reflita sobre o significado da pessoa humana que, por sua vez, é o objeto principal da bioética.

Não há consenso sobre o conceito de pessoa humana. Nem mesmo a lei, ou a teologia, a biologia e a filosofia conseguiram responder a esta questão com argumentos determinantes⁷.

Durand⁸ apresenta que, para o Comitê Consultivo Nacional de Ética (CCNE) na França, e o filósofo Sève, existem constituintes da pessoa humana:

1º) a individualidade, o indivíduo. Este é um “nó” indissociável de relações entre elementos múltiplos que tendem a conservar a integridade de seu ser. O termo indivíduo significa uma realidade indivisível limitada por um espaço determinado que apresenta uma

singularidade, e ao mesmo tempo, uma universalidade, na medida que nele se encontram as propriedades de nossa espécie.

2º) a personalidade. A pessoa é um “nó” de emoções e de relações sociais. A personalidade designa a integração particular de diversos componentes (corpo, espírito, paixão, imaginário). Assim, o biológico pode reconhecer na pessoa um indivíduo, porém deverá ver nesse indivíduo sua personalidade, isto é, uma identidade psicoafetiva e social.

3º) o sujeito ético. Não se pode esquecer que a pessoa tem traços constitutivos: suas determinações jurídicas e especificidades antropológicas (aquisição de costumes, representações morais, religiosas, artísticas e filosóficas).

Em nome do CCNE, Sève faz a distinção entre a pessoa de fato e de direito, sendo a de fato o ser concreto de carne e sangue, de olhar e palavra, sensibilidade e querer, razão e liberdade. Considera que, se um desses traços estiver ausente, não é pessoa de fato. Já a pessoa de direito existe porque há uma outra que a reconhece como tal. Assim, ela própria afirma-se e nesse reconhecimento à pessoa que é, por conseguinte, determinada por outra⁸.

Lepargneur⁹ apresenta a definição comum de “Pessoa” como sendo o indivíduo consciente, dotado de corpo, razão e vontade, autônomo e responsável. É evidente que o embrião, feto, louco, comatoso não respondem a essa definição de pessoa. Surge a seguinte indagação: em virtude de quê se pode atribuir dignidade pessoal a estes seres? Ele relata que a resposta é dada pela ciência atual, é pela “ascrição”, isto é, pela atribuição de certa dignidade pessoal, sendo ortogada por um juízo comunitário, julga-se merecedor dela pela proximidade que intuímos desfrutar conosco.

O potencial doador de órgãos que encontra-se em morte encefálica não seria uma pessoa conforme as definições descritas anteriormente, contudo ele possui uma biografia que é significada pelo seu corpo e por sua família.

A morte e o morrer são vistos e refletidos de forma diferente, dependendo da cultura na qual o indivíduo está inserido; trata-se de um tema bastante complexo, sobretudo, aos ocidentais¹⁰.

Os Potenciais Doadores (PD) estão enquadrados nas mortes súbitas e precoces e, muitas vezes, decorrentes da violência social. No momento da entrevista familiar para solicitação da doação, os familiares dos PD reagem e expressam seu pesar diante da morte de formas diferentes.

A combinação de morte repentina, inesperada, violenta e precoce associada ao sentimento de raiva, somada à lentidão do processo legal de sepultamento pode levar a família ao estresse e gerar problemas psicológicos duradouros¹¹.

No processo de doação de órgãos, é muito difícil respeitar o luto da família, pois mesmo diante da dor da perda, a família é consultada a decidir se quer fazer a doação dos órgãos de seu ente querido ou não.

O luto é a manifestação de reações a uma perda significativa, pois há o rompimento dos vínculos que as pessoas estabelecem umas com as outras. A perda de uma pessoa significativa é uma situação altamente estressante, portanto o luto é uma resposta normal de enfrentamento desse estresse e não uma doença, sendo um processo e não um estado¹¹.

No processo de luto, existem variáveis intrínsecas e extrínsecas ao enlutado que determinam o tempo e a intensidade das fases. Os autores classificam as fases para facilitar o cuidado, porém elas podem ser simultâneas ou não aparecer, a variação é de três a cinco fases^{12,13}.

A primeira fase do luto é o entorpecimento, seguida pelas fases de protesto, desorganização e recuperação. Existem diferenças consideráveis de uma pessoa para outra, no que se refere à duração e forma de cada fase¹¹.

O entorpecimento é a primeira reação à perda por morte: ocorrem o choque, entorpecimento e descrença. Esta fase pode durar minutos, horas ou dias, a pessoa pode se sentir mal ou enrijecida, apresentando repentes de extremo sofrimento. A negação inicial da perda pode ser uma forma de defesa contra um evento de tão difícil aceitação¹¹⁻¹³.

A fase do protesto e anseio expressa emoções fortes, com muito sofrimento psicológico e agitação física, sendo uma reação normal à separação e a perda. Nesta fase, o enlutado sente muita raiva; às vezes, dirigida a si mesmo, na forma de acusação com sentimentos de culpa por pequenas omissões de cuidado que possam ter acontecido com o morto e, às vezes, dirigida contra outras pessoas. O enlutado comporta-se como se estivesse em situação de perigo, apresentando grande agitação^{11,13}.

Diante desse complexo cenário, a doação de órgãos surge ao familiar como uma possibilidade terapêutica para salvar outras vidas. Nesse momento conturbado, os familiares precisam tomar uma decisão, cujos sentimentos são muitos conflituosos e a pergunta sobre a possibilidade da doação poderá gerar sofrimento.

A compreensão dos aspectos sobre a definição de morte, sua concepção na sociedade ocidental e as reações e comportamentos diante da perda são importantes para que o atendimento aos familiares dos doadores possa ser adequado, primando pela humanidade e dignidade.

OBJETIVOS

Objetivou-se identificar a percepção e os sentimentos dos enfermeiros que trabalham na captação de órgãos para transplante em relação à morte e o morrer.

TRAJETORIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, realizada com 10 enfermeiros (83,3% do total da população existente) que atuam na área de Captação de Órgãos para transplante.

Definiu-se como local de pesquisa duas Organizações de Procura de Órgãos (OPOs) do Município de São Paulo: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Estes locais foram selecionados por congregarem profissionais enfermeiros com jornada de trabalho exclusiva no processo de captação de órgãos. Outras duas OPOs do Município de São Paulo foram excluídas do estudo por não atenderem a esse critério pré-estabelecido.

Na OPO da Santa Casa a população (100%) dos enfermeiros que trabalham na captação era 7, sendo 5 (71,4%) disponíveis no mês de coleta, (dois profissionais estavam de licença médica e licença maternidade). Faziam parte da equipe da OPO do Hospital das Clínicas 5

enfermeiros, sendo portanto, entrevistado 100% da população. A amostra total foi composta de 10 enfermeiros (83,3% do total da população existente), que trabalhavam há mais de um ano na OPO e foram entrevistados por atuarem em todo processo de captação de órgãos para transplante (desde a identificação do potencial doador de órgãos, até a liberação do corpo do doador para sepultamento), além de aceitarem colaborar com o estudo.

Inicialmente, o protocolo de pesquisa foi submetido à apreciação dos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições escolhidas, obtendo aprovação de ambos. A entrevista semi-estruturada foi utilizada como instrumento de coleta de dados, e sua operacionalização ocorreu por meio de um contato telefônico para apresentação da proposta e agendamento de data e horário para explicação de seu objetivo e procedimento.

Antes da entrevista foi apresentada a proposta de estudo, bem como os riscos, benefícios e procedimentos inerentes. Foi garantido ao entrevistado o anonimato das informações coletadas e após esclarecimento das dúvidas, realizou-se a leitura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido seguida da assinatura do mesmo e a entrevista, propriamente dita, foi iniciada.

As entrevistas foram realizadas em local privativo, conforme escolha do entrevistado. O local selecionado proporcionou maior privacidade e concentração entre pesquisadora e entrevistado. Estas foram gravadas em fita cassete, sendo previamente consentida a gravação pelo entrevistado. Foram utilizadas as seguintes questões norteadoras:

- 1) Quando ouve a palavra morte, quais outras palavras vêm a sua mente?
- 2) Como se sente ao cuidar de uma pessoa com diagnóstico de morte encefálica?
- 3) Qual é o significado da doação de órgãos para você?
- 4) Como é estar com a família do doador?
- 5) Na entrevista familiar, que comportamentos você percebe com mais frequência nos familiares?
- 6) Quais sentimentos surgem ao cuidar do corpo do doador, ao término da captação, com relação à higiene, tamponamento, maquiagem?

Imediatamente após a entrevista, a pesquisadora anotou os sinais não-verbais: paraverbais e cinésicos. Os sinais paraverbais (qualquer som produzido pelo aparelho fonador, que não faça parte do sistema sonoro da língua usada) e cinésicos (linguagem do corpo) observados durante a entrevista¹⁴. O objetivo deste registro foi fornecer informações que pudessem complementar o discurso.

A coleta de dados durou aproximadamente um mês em cada OPO. O tempo de duração de entrevista individual ficou em torno de 30 minutos e a análise dos resultados das entrevistas foi realizada, segundo a proposta de Análise de Conteúdo, considerando-se:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, (...) inferência esta que recorre a indicadores quantitativos ou não^{15 p38}.

Este autor propõe três fases para a categorização das falas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos pela inferência e interpretação. A pré-análise é a fase de organização do material, a sistematização da descrição dos dados coletados e a realização da leitura flutuante¹⁵.

Alguns autores relatam que os critérios mais empregados na construção da categorização dos dados são os de repetição e de relevância. A repetição busca identificar no discurso observações reincidentes, ou seja, aquilo que cada discurso tem em comum com os outros. O critério de relevância considera um ponto falado sem que, necessariamente, tenha apresentado repetição no conjunto do material coletado¹⁶. Neste estudo, a unidade de registro foi construída baseada no tema; ou seja, para construir a categoria, utilizou-se a repetição de elementos significativos contextualizando a mesma idéia.

A última etapa da análise de conteúdo compreende o tratamento dos resultados que propõem a inferência e a interpretação do conteúdo do discurso. Portanto, para analisar o discurso dos sujeitos, utilizaram-se referenciais teóricos que permitissem a dedução e esclarecimento das questões apresentadas. Em alguns momentos se descreveu o contexto da captação de órgãos para esclarecer o discurso.

Os dados referentes aos sinais não-verbais, detectados durante as entrevistas, foram tratados e registrados em um Roteiro de Observação, segundo a proposta de Silva¹⁴, que classifica os sinais que possam complementar, substituir, contradizer o verbal ou demonstrar sentimentos.

RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

As categorias emergentes foram: Categoria 1 – **O significado da morte**, constituída pelas subcategorias: Finitude, Renascimento e Contradição; Categoria 2 – **O significado da doação**, composta pelas subcategorias: Solidariedade e desprendimento, Chance de vida e Contradição; Categoria 3 – **Conflitos vivenciados pelo enfermeiro no processo de trabalho na captação de órgãos**, tendo como subcategorias: Estando com a família do doador, Cuidando do doador em detrimento a doação, Sofrendo no trabalho, Tentando preservar-se, Criticando o processo de captação e Buscando o sentido do trabalho.

CATEGORIA 1 - O SIGNIFICADO DA MORTE

A categoria “O significado da morte” foi constituída pelos discursos que expressaram a idéia sobre o que significava a palavra morte. As falas dos sujeitos expuseram a idéia de contextualização da morte como término, passagem, ou ainda, apresentando as duas idéias de maneira contraditória. Desta forma, foram constituídas três subcategorias: Finitude, Renascimento e Contradição.

Subcategoria 1.1 – Finitude

As falas dos sujeitos trazem a idéia de finitude associada à transitoriedade da matéria, referem-se ao fechamento de um ciclo. Compreendendo que esse fim pode ser advindo de uma morte esperada ou uma morte trágica. Associam o fim a sentimentos de perda, tristeza, angústia e saudade.

“A primeira palavra que vem é término, fim dessa vida, ou analisando melhor, também vem outras palavras; pode ser uma morte esperada, por exemplo, um idoso com 75, 80 ou 90 anos pode ser uma morte esperada. Uma morte trágica de um paciente jovem, existem várias palavras que vêm à minha cabeça quando penso em morte, mas a primeira que vem é término, fim, fim de alguma coisa, fim de um ciclo” (E2).

Subcategoria 1.2 – Renascimento

Os sujeitos de pesquisa também consideram que a morte é uma passagem, transformação e renascimento. Associam sentimentos de tranquilidade e relacionam esta perspectiva a sua crença religiosa.

“Passagem, transformação, renascimento, a princípio isso. Muitas pessoas acham que a morte é o fim, eu não acho. Para mim, é tranquilo, eu acho que é uma passagem mesmo” (E5).

Subcategoria 1.3 – Contradição

Esta subcategoria apresenta os conceitos contraditórios expressos pelos sujeitos ao refletir a respeito do significado da morte. De um lado, percebem-na como fim, perda, que desperta sentimentos de tristeza e medo e, concomitantemente, evidenciam-na como possibilidade de vida, representada pela doação de órgãos.

Eu a vejo de duas formas diferentes. Uma dentro da profissão e outra fora daqui do hospital. Para mim, dentro da profissão é a coisa mais comum. (...) eu digo até que é indiferente, desde que eu comecei a trabalhar em setores que tiveram muitas mortes. (...) Agora, fora daqui, falar em morte me vem uma sensação de saudade. Assim, porque eu perdi meus pais cedo. Tenho medo, não quero nem pensar fora daqui, (...). Então, tenho medo de perder marido, tenho medo de perder filho, tenho só uma irmã, tenho medo de perder minha irmã. Então, quando estou fora daqui, procuro nem pensar. Tenho medo, desvio o assunto” (E8).

As contradições sobre a morte e a doação perpassam por todo o processo de captação de órgãos, pelo fato dos profissionais vivenciarem dilemas existenciais e morais quando promovem a doação de órgãos e tecidos para transplante.

Em síntese, o profissional, ao pensar na morte e no morrer, atribui o significado de finitude associado à transitoriedade da matéria, que está relacionado a sentimentos de perda, tristeza, angústia e saudade. Descreve que a morte significa passagem, transformação e renascimento, relacionando essa perspectiva a crenças religiosas e, por fim, confere significados contraditórios a morte. Por um lado, a morte significa fim e perda, despertando sentimentos de tristeza e medo e, por outro, ela pode representar a possibilidade de vida em função da doação.

Alguns entrevistados expressam sentimentos de tristeza, angústia por considerar a morte como um fim. Existe estudo¹⁷ corroborando com esses achados, evidenciando que os profissionais da área da saúde, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, ao vivenciar a morte do paciente, sentem frustração, tristeza e lamentam a perda daquele alguém com quem conviveram e estabeleceram vínculos.

Ressalta-se que os enfermeiros do estudo não cuidaram do potencial doador antes de sua morte encefálica, porém comportam-se como se houvesse vínculo diante do outro que morreu. Talvez se possa pensar que o enfermeiro identifica-se com o doador pela sua condição de ser humano.

Considerar a morte como um fim gera no profissional tristeza, pois esta concepção não permite a continuidade de seu ser, revelando sua finitude, expondo sua fragilidade e vulnerabilidade.

Ao considerar a morte um fato que desperta no profissional sentimento de tristeza diante de sua finitude, o profissional de captação de órgãos vivencia a morte e o morrer todos os dias em seu cotidiano, ao cuidar do paciente em morte encefálica. Esta experiência, provavelmente, faz com que esse profissional pense com frequência em sua própria morte ou na de outro, gerando tristeza.

É importante considerar que alguns valores espirituais e filosóficos de cada pessoa atuam como elementos de amparo e conforto para possíveis angústias que a morte possa trazer. Assim, a espiritualidade pode auxiliar a pessoa a formular uma explicação racional à morte, pensá-la como uma passagem para outra vida ou renascimento.

O enfermeiro da captação de órgãos vê-se diante de um dilema ao cuidar de uma pessoa morta que, ao mesmo tempo possibilita a vida. Pesquisa¹⁸ revela que 62,4% dos enfermeiros intensivistas caracterizam a morte como um fato natural, profissionalmente, porém ao pensar em sua própria morte, só 5,7% consideram-na natural, demonstrando a contradição entre o significado da morte na dimensão pessoal e profissional.

A compreensão da morte como algo “natural” é vista por diversos autores^{17,19,21-23} como uma estratégia de fuga dos sentimentos, para minimizar a sensação de impotência ao vivenciar a morte do outro.

Na captação de órgãos, o enfermeiro cuida do morto na expectativa de gerar vida por meio da doação. Isso não significa que ele consiga relacionar-se melhor com as questões da finitude humana. Pode-se observar pelos discursos, que o medo da morte, visto pelo prisma pessoal, evidencia a necessidade de desenvolver formas de conviver com ela; podem classificá-la como algo natural, na tentativa de preservar-se, pelo fato desse convívio gerar sofrimento.

CATEGORIA 2 - O SIGNIFICADO DA DOAÇÃO

A categoria “O Significado da doação” baseia-se nos discursos que expressam o significado da doação de órgãos para transplante. As idéias de doação estão associadas ao ato de amor ao próximo, desprendimento e permissão para que a vida continue e se tenha uma segunda chance de vida. A idéia de questionamento contida na descrição desta categoria está associada às falas que contradizem esse pensamento, refletindo que a doação nem sempre gera vida ou é um ato de solidariedade; e ainda, destaca a posição de alguns sujeitos contrários ao ato de doar.

Esta categoria é formada, portanto, de três subcategorias: Solidariedade, Chance de vida e Contradições.

Subcategoria 2.1 – Solidariedade e desprendimento

Esta subcategoria relaciona o significado da doação a uma atitude de solidariedade e desapego por parte da família. A solidariedade implica um ato de reciprocidade e respeito, um sentimento moral vinculado às pessoas e à vida. A decisão de doar está relacionada a uma atitude de coragem e desprendimento da matéria.

“A doação, para mim, significa solidariedade e desprendimento. Eu acho que uma família que concorda com a doação, é uma família extremamente desprendida do ponto de vista da matéria. É uma família extremamente solidária. Então, é solidariedade,

desprendimento e, assim, amor ao próximo, isso para mim é o significado da doação” (E1).

Subcategoria 2.2 - Chance de vida

Esta subcategoria trata o significado da doação como possibilidade de uma segunda vida aos pacientes que aguardam por um transplante, dando a chance de uma vida melhor, com mais dignidade, para alguém que quer viver.

“Doação de órgãos... é uma segunda vida. Esses pacientes que estão na fila do transplante esperando por um órgão para entrarem novamente na sociedade, (...) eu acho que a doação de órgãos tem um papel de importância para dar uma chance de vida para essas pessoas” (E2).

Subcategoria 2.3 – Contradição

Os enfermeiros afirmam ser favoráveis a doação, entretanto questionam se seriam doadores. Este comportamento ambíguo remete ao processo de doação e sua validade; um de seus questionamentos inclui o desencarnar, ou seja, a passagem para o mundo espiritual e a principal dúvida é se o espírito realmente já deixou o corpo no momento da doação. Este é um tema obscuro do ponto de vista científico e impregnado de diferentes concepções religiosas. A validade do transplante também é um aspecto que marca a dúvida dos entrevistados que verificam no dia-a-dia as dificuldades e insucessos dos transplantes de órgãos, do ponto de vista dos transplantados, mesmo sabendo que é sua segunda chance de vida.

“Eu sou favorável ao ato de doar, mas eu não sei se eu sou doador, mais pelo processo de doação, como ele funciona. Mas é ajudar o próximo, desligamento total do material. Acho que tem que estar preparado para a doação de órgãos, não é para qualquer pessoa, é uma coisa bem pensada” (E5).

Em síntese, dos discursos emergiram que doar envolve coragem, seguida por um sentimento de desprendimento da matéria; para alguns, a doação pode possibilitar uma segunda chance de vida, ou ainda, expressar significados controversos de vida e morte, pois a doação e transplante nem sempre garante a sobrevivência e a qualidade de vida do transplantado. Alguns profissionais declararam não ser doadores de órgãos por considerarem que existem situações desumanizantes no sistema de doação, ou pelas dúvidas que têm em relação aos benefícios da doação e do transplante.

Outro estudo²⁴ revela que dos 72 estudantes de medicina e de enfermagem da Universidade Britânica, todos tinham uma atitude positiva em relação à doação de órgãos, exceto um dos entrevistados. Do total, 74% dos estudantes de enfermagem já haviam assinado o cartão de doação, comparados com apenas 43% dos estudantes de medicina, evidenciando a diferença no compromisso pessoal entre os dois grupos. Entretanto, a maioria dos estudantes respondeu que aceitaria receber algum órgão ou tecido transplantado em seu corpo, se isso fosse necessário para garantir a vida.

O profissional de captação de órgãos reconhece que a doação de órgãos é um ato de solidariedade, contudo vivencia a dor da perda dos familiares, e admira-se que, apesar do sofrimento, consigam se desprender do corpo (matéria) do ente querido e optar pela doação. Assim, a doação é caracterizada como um ato de coragem e desprendimento.

Os entrevistados expressam dúvida em relação à doação por dois principais motivos: o primeiro está relacionado ao questionamento se existe ligação entre corpo e espírito do doador, e o segundo, vincula-se à validade do transplantes, já que observam a grande quantidade de insucessos.

A percepção do corpo pelo indivíduo, o modo como ele se identifica e se relaciona com sua imagem corporal e o modo como os órgãos figuram nessa imagem, podem servir, quer como motivos de facilitação ou como de resistência, à doação²⁵.

O outro motivo que gera dúvidas em relação ao benefício que a doação possa trazer está relacionado à validade dos transplantes. Diante da grande quantidade de insucessos, a possibilidade de gerar vida torna-se irreal; assim, o ato de doar perde seu valor. Para o enfermeiro que acompanha o sofrimento dos familiares e observa que os transplantados não sobrevivem, a doação de órgãos perde o sentido de ocorrer.

Por fim, a decisão em doar órgãos reflete os valores e crenças da pessoa; requer um maior conhecimento de si própria, uma maturidade emocional e uma postura ética individual²⁰.

CATEGORIA 3 - CONFLITOS VIVENCIADOS PELO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE TRABALHO NA CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS

Os relatos dos enfermeiros apontam para um processo de trabalho difícil e marcado por diversos conflitos. Esta categoria compõe-se de seis subcategorias que descrevem os principais dilemas: Estando com a família do doador; Cuidando bem do doador em detrimento a doação; Sofrendo no trabalho; Tentando preservar-se; Criticando o processo de captação e Buscando o sentido do trabalho.

No processo de trabalho do enfermeiro na captação de órgãos para transplantes, várias situações conflituosas são relatadas a começar pela **relação com a família**, pois percebem as diferentes reações dos familiares enlutados e necessitam solicitar a doação naquele momento. Consideram também que estar com a família é o momento mais difícil do processo de captação, pois estão diante do sofrimento dos familiares e precisam desempenhar seu papel profissional por meio da solicitação da doação. O cenário gera dúvidas e angústia aos profissionais. Ao **cuidar dos doadores**, os enfermeiros ficam focados na manutenção hemodinâmica, havendo grande preocupação em cuidar do doador em função do benefício que ele irá trazer à outra pessoa, apresentando uma visão utilitarista. Ao vivenciar o sofrimento da família e cuidar do doador, o profissional participa da finitude do outro e, essa proximidade com a morte, em um primeiro momento, faz com que a negue e aja como se a situação não tivesse mobilizado sentimentos, na **tentativa de preservar-se**. Ao término do processo da captação de órgãos, o enfermeiro refere sentir-se aliviado por tudo ter acabado e dado certo. Os profissionais ainda **criticam o processo de captação**, pois se sentem desrespeitados, consideram que não existe padronização em seu fazer e caracterizam estas situações como desumanizantes. **Buscam sentido no que fazem**, em razão dos dilemas vivenciados, uma vez que, em alguns momentos, seu trabalho parece perder o sentido. Por fim, todos esses sentimentos controversos vivenciados geram no profissional de captação **sofrimento ao desempenhar suas funções**.

Subcategoria 3.1 – Estando com a família do doador

Estar com a família do doador, na opinião dos entrevistados, é uma experiência complexa e de enorme sofrimento. Inicialmente pela diversidade de reações que a família apresenta: revolta, dúvida, desconfiança e apatia. Reconhecem a delicadeza e o respeito necessário a

este momento, sendo de grande dor aos familiares, sofrem porque entendem que nesta situação precisam desempenhar seu papel profissional, ainda que se questione quanto ao direito de causar mais dor aos mesmos. Falam da necessidade de estabelecer sintonia com a família, para desenvolver uma relação de confiança; ponto que é reconhecido como fundamental para conseguir o aceite da doação, já que a família, muitas vezes, vê o processo com desconfiança, por causa da falta de assistência adequada, pelo não conhecimento do conceito de morte encefálica e pelo fato de não aceitar a morte. Todos os enfermeiros afirmam que estar com a família é o momento mais difícil do processo, gerador de grande estresse, mesmo que se trabalhe na área há algum tempo.

“Com mais frequência, com certeza, a negação, por não acreditar na morte encefálica. A maioria não acredita que o paciente está morto, então, esperam que o paciente volte. Com certeza, a maioria espera isso. Não acreditam na morte encefálica, que estejam mortos. O coração está vivo, batendo, como que está morto?” (E3).

“No mínimo estressante, muito estressante. Por mais tempo que você trabalhe na captação de órgãos na enfermagem, desgasta muito você estar com a família. Desgasta porque é um monte de informações que você tem que dar, desgasta (...) (E4).

Subcategoria 3.2 - Cuidando bem do doador em detrimento a doação

Os entrevistados relatam que o cuidado ao doador é prestado para promover a manutenção hemodinâmica e possibilitar que ele se torne um doador efetivo, pois ele é a fonte de esperança para alguém que aguarda um transplante. O cuidado é dado ao doador para beneficiar uma outra pessoa; assim, o doador é um meio para determinado fim. Esta visão utilitarista move o enfermeiro, dando sentido ao seu trabalho.

“(...) ele é muito importante não para mim; mas, importante porque alguém vai estar se beneficiando de alguma coisa, de um órgão dele. Isso daí é muito importante para mim. Então, vou dar o meu melhor, meu melhor no conhecimento, meu melhor na atenção, meu melhor nos cuidados que eu estou prestando” (E4).

Subcategoria 3.3 - Sofrendo no trabalho

Os entrevistados relatam que, ao fazer vínculo com os familiares e vivenciar o sofrimento, também sofrem. Passam a ter medo de que algo aconteça com alguém que amam. Acompanham continuamente as famílias diante da perda, e isso faz com que se sintam cansados, esgotados e manifestem sentimentos de tristeza, apontando para a necessidade de suporte emocional a fim de que re-signifiquem esses sentimentos.

“A gente sofre, eu fico com medo de tudo. Tenho medo, medo de perder, sabe!... uma vez vi isso e achei tão verdadeiro, que o medo de perder te dá vontade de ganhar, quando você tem tanto medo de perder alguma coisa, quando você perde, você se conforma tão rápido. Você tinha tanto medo daquilo que parece que você está esperando. Quando você fica com muito medo de uma coisa está esperando aquilo acontecer. E eu não estou esperando nada acontecer. Então, eu desvio o meu pensamento, entendeu? Eu não estou esperando nada. Então, desvio o meu pensamento, é assim que eu penso” (E8).

Subcategoria 3.4 - Tentando preservar-se

A subcategoria “Tentando preservar-se” trata das estratégias utilizadas pelos enfermeiros que atuam na captação de órgãos para lidar com o sofrimento vivenciado em seu processo de trabalho. Uma das estratégias é cuidar do doador como se ele não estivesse em morte encefálica, buscando dar uma assistência que seja adequada. Paralelamente, vem buscando não se envolver “muito” nessa prestação de assistência, mantendo certa distância, colocando uma barreira para poder continuar o cuidado, para não ficarem deprimido. A empatia, colocar-se no lugar do outro, tão incentivada durante a formação acadêmica, parece insuportável nesta situação. Por fim, os enfermeiros ainda destacam o sentimento de alívio ao fim do processo, com a sensação de “missão cumprida”.

“(…) então, às vezes, você faz uma parede para que aquelas cargas negativas, coisas pesadas não cheguem até você. Muitas vezes, a gente não se envolve com a família para não pegar muita carga negativa, cada abordagem que você faz, sai com a cabeça pesada, você sai pesado de uma abordagem. Então, é bom você ficar um pouco distante daquele monte de sentimentos” (E3).

Subcategoria 3.5 - Criticando o processo de captação

Esta subcategoria expressa os discursos que criticam aspectos do processo de doação de órgãos, configurando situações desumanizantes. Os enfermeiros consideram que a situação precária em que se encontra o sistema de saúde e a falta de condições para oferecer um atendimento adequado ao potencial doador podem contribuir para a não doação. Quando há um doador envolvido na mídia, reconhecem que a doação acontece de forma rápida, ao passo que se for um doador anônimo, nada funciona para agilizar o processo, aumentando o desgaste da família. Apontam para a falta de conscientização dos profissionais, por não enxergarem que o paciente em morte encefálica pode ajudar outras pessoas. O profissional, ao desempenhar seu papel de captador, é classificado com adjetivos que desprestigiam sua ação, sentindo-se desrespeitado. Ainda, consideram que os enfermeiros deveriam trabalhar de forma padronizada, pois existem diferentes atuações, comprometendo a seriedade do trabalho.

“Com certeza, muitas famílias não doam, porque o atendimento no hospital não foi adequado, o tipo de atendimento não foi humanizado, principalmente, em hospitais públicos. Não digo que, em particulares, também não ocorram, mas na maioria dos hospitais públicos os pacientes ficam jogados, largados na emergência. A família não pode entrar, a família é maltratada pelos médicos e enfermeiras, pela própria enfermagem e pelos seguranças. (...)” (E3).

Subcategoria 3.6 - Buscando o sentido do trabalho

O profissional percebe que seu trabalho é extremamente dignificante, por estar fazendo um bem, algo bom que pode qualificar vidas. Considera-se importante nesse processo, pois pode possibilitar ao doador um fim digno e, à família, mais informação e conforto.

“... então, o que me faz ficar tranquila é saber que eu estou fazendo meu trabalho da melhor maneira possível, e sem entrar em paranóia de só trabalhar com morte. É de saber que assim, antes de mais nada, estou trabalhando com ser humano e como eu acredito que o espírito já não está mais ali, e que eu estou cuidando mais da família. De

repente, do que do próprio corpo daquele paciente, então, isso me alivia mais. Que se eu não acreditasse nisso, que eu estou fazendo o bem, que se está dando tudo certo, é porque tem alguma coisa espiritual de Deus que está permitindo aquilo tudo, então, isso me alivia” (E9).

CONCLUSÕES

Neste estudo, ficou evidenciado que o processo de doação está permeado por conflitos, relacionado: à finitude, à representação do corpo, a relação entre o corpo e espírito do doador; ao significado de pessoa e as incertezas perante a validade do processo de doação e transplantes. Desta forma, a bioética apresenta-se como um caminho que deve possibilitar desvelar os significados para uma ação consciente, visto que a bioética tem em seus fundamentos a reflexão dos valores, que se expressam no agir humano, e assim, propõe que os profissionais re-signifiquem conceitos e sentimentos ao vivenciar a perda e o sofrimento humano.

O trabalho também demonstrou que estar com a família do potencial doador é um grande cenário de conflito vivenciado pelo enfermeiro de captação, sendo referido que esse é o momento mais difícil e estressante de todo o processo. Nesse instante, o profissional encontra-se diante de um dilema: respeitar a dor da perda dos familiares ou solicitar a doação dos órgãos, pois considera que o pedido da doação, naquele momento, poderá ser agressivo ao familiar, gerando incertezas quanto à validade do processo de doação.

Considera-se que existem variáveis intrínsecas e extrínsecas ao enlutado que determinam o tempo e a intensidade das fases do luto. Pode-se questionar se a proposta de doação de órgãos estaria intervindo no processo de reorganização vivenciado pelo enlutado. Assim, esta proposta não seria legítima. A situação evidencia a necessidade de estudos para averiguar esta indagação.

O doador de órgãos é visto como um meio e não um fim em si mesmo; o profissional atribui-lhe importância pelo fato de congregar órgãos e tecidos que serão viáveis para que sejam utilizados por outras pessoas. O doador não é uma “pessoa” pela sua condição de morto, porém os profissionais em nenhum momento referem-se a ele como um morto, cadáver ou “coisa”. Talvez seja pelo fato do corpo não representar a finitude do ser e, sim, congregar dimensões ontológicas da pessoa. O profissional cuida de uma “pessoa” que possui funções fisiológicas sendo preservadas vivas e os familiares conferem ao morto o status de vivo, que dificulta compreender o doador como um cadáver.

Desta forma, não se cuida propriamente do cadáver, mas dos órgãos que se deseja utilizar, abrigados dentro do cadáver; os órgãos ainda vivem e deverão viver no receptor.

O profissional afirma que cuida do doador como se não estivesse morto, apontando para um comportamento de negação da morte. Vários estudos reforçam esse comportamento por parte dos profissionais diante da morte do outro. Pode-se concluir que trabalhar com a morte e o morrer não imuniza o profissional do sentimento de pesar. Fica explícito que não existe neutralidade no cuidar, mesmo diante do morto; o corpo representa uma série de significados para o profissional, e desta forma, pode haver vínculo.

Verificou-se que os sinais não-verbais, paraverbais e cinésicos observados durante a entrevista complementaram e reafirmaram o discurso dos enfermeiros. Pode-se inferir que

os que se denominam “frios” no contato com os familiares, estão se protegendo contra seus sentimentos de reciprocidade para com a família e, desta forma, não se permitem expressar os sentimentos de vulnerabilidade, conforme evidenciado na subcategoria “Tentando preservar-se”.

Os entrevistados apontam situações que consideram desumanizantes no processo de captação de órgãos, que perpassam desde observações em razão da falta de estrutura no atendimento pré-hospitalar ao doador, falta de condições de cuidar do doador ou de agilizar o processo de doação, exposição do doador na mídia, falta de conscientização por parte dos profissionais em manter a condição clínica do indivíduo em morte encefálica, para tornar-se um potencial doador, até a falta de padronização no trabalho. Estas percepções do processo de doação, somadas aos significados contraditórios que atribui à morte e à doação, fazem com que se manifeste contra a doação. Assim, os motivos que determinam a opção pela não doação, opõem-se aos demais estudos nacionais, já que o profissional não é contra a doação pelo fato de ter dúvidas com relação à morte encefálica ou a possibilidade de tráfico de órgãos.

Diante do cenário de conflitos, dilemas e contradições, o profissional busca significância em seu fazer, atribuindo ser um trabalho dignificante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o conjunto dos discursos, os entrevistados expuseram um grau significativo de ansiedade, tristeza e angústia, evidenciando a necessidade de serem cuidados. Em virtude dos conflitos existenciais e dilemas morais vivenciados no processo de doação de órgãos, destaca-se a urgência em oferecer um serviço de apoio psicológico individualizado. O profissional carece de momentos de compartilhamento de experiências, momentos de *feedback* de suas ações e reações ou um cuidado psicológico para manter sua saúde mental.

Ressalta-se a importância do profissional manifestar sua vontade em fazer um acompanhamento psicológico, considerando que o sucesso do tratamento irá depender da disposição interna e externa do sujeito, ao querer re-significar valores e crenças.

Apesar de considerar o longo tempo para capacitar um profissional em captação de órgãos, é imprescindível pensar na possibilidade desse profissional mudar de setor, em razão do alto grau de conflitos vivenciados no processo. Quanto maior o tempo de trabalho no setor de captação de órgãos, maior é o índice de estresse. Desta forma, na tentativa de preservar a saúde mental e física ao desempenhar atividades insalubres, o profissional de captação teria a oportunidade de trabalhar em outro setor após dois ou três anos; retornando após um tempo. Para que o profissional mantenha suas atividades com qualidade na captação de órgãos é fundamental que acredite no benefício da doação e saiba lidar com o estresse do cotidiano, podendo desempenhar suas atividades sem adoecer.

REFERÊNCIAS

- 01) Diniz D, Guilhem D. O que é bioética. São Paulo: Brasiliense; 2002. (Coleção Primeiros Passos).
- 02) Santos AL. Direitos e dúvidas postos pelas decisões de tratar e de não tratar. In: Bem da pessoa e bem comum: um desafio à bioética. Centro de Estudo de Bioética (C.E.B), Gráfica de Coimbra; 1998.

- 03) Campos HH. Aumento do número de transplantes e da doação de órgãos e tecidos: processo de construção coletiva. (on line). São Paulo: Associação Brasileira de Transplante de Órgãos; 2001. Disponível em: URL: http://ww.abto.org.br/profissionais/biblioteca/textos_transplante1.htm.
- 04) Pace RA. Aspectos éticos de los transplantes de organos. Cuad Prog Reg Bioetica 1997; 4:149-170.
- 05) Lei n. 9434 de 4 de Fevereiro 1997. Dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. [Publicado no Diário Oficial da União; 1997; Fev 5]. Disponível em: URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/legislacao.htm>.
- 06) Santos MJ. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2004.
- 07) Barchifontaine, CP. Bioética e início da vida: alguns desafios. Aparecida: São Paulo: Centro Universitário São Camilo. 2004. Cap. I e II.
- 08) Durand G. Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos. São Paulo: Loyola; 2003.
- 09) Lepargneur, H. Bioética, novo conceito a caminho do consenso. São Paulo: Edições Loyola. 1996. Cap. III, p. 35-52.
- 10) Ariès P. História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Alves; 1977.
- 11) Parkes CM. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. Trad. de Maria Helena Franco Bromberg. São Paulo: Summus; 1998.
- 12) Pincus L. A família e a morte: como enfrentar o luto. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1989.
- 13) Bromberg MHPF. A psicoterapia em situações de perdas e luto, São Paulo: Psy; 1998.
- 14) Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente; 1996.
- 15) Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
- 16) Turato ER. Tratado de metodologia de pesquisa clínico-quantitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.
- 17) Spíndola T, Macedo MCS. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. Rev Bras Enferm 1994; abr/jun 47(2):108-117.
- 18) Fernandes MFP, Fujimori M, Koizumi MS. Estudo sobre as intervenções de enfermagem frente ao paciente em morte iminente. Rev Bras Enf 1984; maio/jun 37(2):102-108.
- 19) Silva, ALL, Ruiz EM. Cuidar, morte e morrer: significações para profissionais de enfermagem. Rev Estudo de Psicologia 2003; jan/abr 20(1): 15-25.
- 20) Hansel TD. Processo de re-significação ética do trabalho na unidade de terapia intensiva frente ao paciente e familiar potencial doador de órgãos. [dissertação]. Florianópolis: Escola de Enfermagem da Universidade de Santa Catarina; 2002.
- 21) Cheida MLC, Christófolli DAS. A equipe de enfermagem frente à problemática da assistência individualizada ao paciente terminal. Rev Bras Enf 1984; jul/dez 37(3/4):165-173.
- 22) Oguisso TE, Schmidt MJ. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. São Paulo: ETR; 1999.
- 23) Pereira de Melo CCC. Vivência de enfermeiras diante da dor, sofrimento e morte no seu cotidiano de trabalho. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2000.
- 24) Cantwell M, Clifford C. Enghih nursing and medical students`attitudes towards organ donation. J Adj Nurs 2000; oct 32(4): 961-968.
- 25) Bendassolli PF. Percepção do corpo, medo da morte, religião e doação de órgãos. Psicol Reflex Crit 2001; 14(1).

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia